

# **Masterthesis**

Inflationäre Abstinenzzuversicht alkoholabhängiger Patienten:  
Wie lassen sich unrealistische Optimisten identifizieren?

eingereicht von

Maximilian Herbst

(Matrikel-Nr. 512518)

im Studiengang Suchthilfe/Suchttherapie, M. Sc.

vorgelegt an der

Katholischen Hochschule NRW. Abt. Köln

Fachbereich für Sozialwesen

Erstprüfer: Priv.-Doz. Dr. rer. nat. Ralf Demmel

Zweitprüferin: Prof. Dr. rer. nat. Wilma Funke

Heidelberg, den 27.11.2017

# Erklärung

Hiermit erkläre ich, die vorliegende Masterthesis selbständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel verwendet zu haben.

---

Maximilian Herbst  
Sozialarbeiter M.A.

## Abstract

|                   |   |  |  |
|-------------------|---|--|--|
| <b>Ziel</b>       | Identifizierung von unrealistischen Optimisten  |  |  |
| <b>Teilziele</b>  | Prognostischer Wert der vorhandenen Messskalen zur Abstinenzzuversicht  |  | Beschreibung von unrealistischen Optimisten  |
| <b>Leitfrage</b>  | Sind unrealistische Optimisten durch die Single-Item-Frage zur Abstinenzzuversicht und die Therapeuteneinschätzung identifizierbar?   | Wo sollte der Zielkorridor bei Single-Item-Fragen zur Abstinenzzuversicht liegen?  | Wie lassen sich unrealistische Optimisten identifizieren?  |
| <b>Methoden</b>   | Literaturrecherche  | Literaturrecherche   | Literaturrecherche   |
|                   |   | Statistische SPSS Auswertung   | Statistische SPSS Auswertung   |
|                   |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fragebogen an Suchttherapeuten (N = 148)</li> <li>• Quantitative Auswertung einer elfstufigen Likert Skala</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Offene Frage an Suchttherapeuten (N = 82)</li> <li>• Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring</li> </ul> |
| <b>Ergebnisse</b> | Unrealistische Optimisten scheinen am effizientesten über eine Kombination aus Patienten- (Abstinenzzuversicht und Hilfebedarf nach der Therapie) und Therapeuteneinschätzung identifizierbar. Das auffälligste Ergebnis bei dem Vergleich zwischen rückfälligen und abstinenten Optimisten war die Beobachtung, dass Rückfällige seltener in festen sozialen Bindungen waren als abstinente. Hinsichtlich der Zielkorridor-Frage (Wieviel Abstinenzzuversicht ist förderlich?) fiel auf, dass es eine Diskrepanz zwischen Therapeuteneinschätzung und Rückfallwahrscheinlichkeit gibt. |  |  |

# Inhaltsverzeichnis

|            |   |           |
|------------|---|-----------|
| <b>1</b>   | <b>EINLEITUNG</b>   | <b>1</b>  |
| <b>2</b>   | <b>KLINISCHE RELEVANZ</b>   | <b>7</b>  |
| <b>3</b>   | <b>ERKLÄRUNGSMODELLE</b>  | <b>10</b> |
| <b>3.1</b> | <b>Überhöhte Abstinenzzuversicht aufgrund von Störungen im Bereich der Stimmung und der Gefühle .....</b> | <b>11</b> |
| <b>3.2</b> | <b>Überhöhte Abstinenzzuversicht aufgrund von kognitiven Funktionsstörungen.....</b>                      | <b>13</b> |
| <b>3.3</b> | <b>Überhöhte Abstinenzzuversicht aufgrund von vererbten und entwicklungsstabilen Temperamenten.....</b>   | <b>16</b> |
| <b>4</b>   | <b>WIE LASSEN SICH UNREALISTISCHE OPTIMISTEN IDENTIFIZIEREN?</b>  | <b>21</b> |
| <b>4.1</b> | <b>Instrumente zur Messung der Selbstwirksamkeit .....</b>  | <b>21</b> |
| 4.1.1      | Prognostischer Wert vom Single Item Fragen.....   | 22        |
| 4.1.2      | Prognostischer Wert spezifischer Abstinenzzuversichtsskalen .....   | 26        |
| 4.1.3      | Veränderung der spezifischen Abstinenzzuversicht während der Therapie.....                                | 31        |
| 4.1.4      | Alternative Messinstrumente der Abstinenzzuversicht .....   | 32        |
| <b>4.2</b> | <b>Ergänzende Messmöglichkeiten .....</b>   | <b>33</b> |
| 4.2.1      | Identifizierung durch den „Prognostic tree for abstinence“ .....  | 34        |
| 4.2.2      | Identifizierung durch den Schweregrad der Alkoholabhängigkeit.....  | 37        |
| 4.2.3      | Identifizierung durch Instrumente zur Messung von emotionalen Störungen .....                             | 38        |
| <b>5</b>   | <b>ZUSAMMENFASSUNG UND AUSBLICK AUF DEN EMPIRISCHEN TEIL DER ARBEIT</b>                                   | <b>39</b> |
| <b>6</b>   | <b>BEFRAGUNG VON SUCHTTHERAPEUTEN</b>   | <b>42</b> |
| <b>6.1</b> | <b>Auswertungsmethode der geschlossenen Fragen.....</b>   | <b>47</b> |
| <b>6.2</b> | <b>Ergebnisse aus den geschlossenen Fragen.....</b>   | <b>48</b> |
| <b>6.3</b> | <b>Auswertungsmethode der offenen Frage.....</b>  | <b>51</b> |
| <b>6.4</b> | <b>Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse.....</b>  | <b>54</b> |
| <b>6.5</b> | <b>Diskussion.....</b>  | <b>59</b> |
| <b>7</b>   | <b>ZUSAMMENFASSUNG DER STUDIE VON FRAU DR. DAGMAR MARIA JENKO</b>   | <b>63</b> |
| <b>7.1</b> | <b>Beschreibung der Stichprobe.....</b>   | <b>63</b> |
| <b>7.2</b> | <b>Instruktion und Ablauf der Studie.....</b>   | <b>66</b> |
| <b>7.3</b> | <b>Messinstrumente zum Baseline-Assesment und Follow-up .....</b>   | <b>68</b> |

|            |   |            |
|------------|---|------------|
| <b>8</b>   | <b>REANALYSE DES DATENSATZES VON FRAU DR. JENKO</b>     | <b>70</b>  |
| <b>8.1</b> | <b>Thesen zum Zielkorridor .....</b>                    | <b>70</b>  |
| 8.1.1      | Methode.....  | 71         |
| 8.1.2      | Ergebnisse .....  | 71         |
| 8.1.3      | Diskussion .....  | 75         |
| <b>8.2</b> | <b>Thesen zu den Identifizierungsmöglichkeiten.....</b> | <b>76</b>  |
| 8.2.1      | Methode.....  | 80         |
| 8.2.2      | Ergebnisse .....  | 85         |
| 8.2.3      | Diskussion .....  | 94         |
| <b>9</b>   | <b>ABSCHLIEßENDE DISKUSSION</b>                         | <b>98</b>  |
|            | <b>LITERATURVERZEICHNIS</b>                             | <b>103</b> |

# **Abbildungsverzeichnis**

|                     |  |           |
|---------------------|--|-----------|
| <b>Abbildung 1</b>  | <b>Diagnostische Kriterien der Alkoholabhängigkeit nach ICD-10</b>   | <b>1</b>  |
| <b>Abbildung 2</b>  | <b>„Cognitive-behavioral model of relapse“ nach Marlatt und Witkiewitz (2005)</b>  | <b>3</b>  |
| <b>Abbildung 3</b>  | <b>Vermuteter Zusammenhang zwischen Abstinenzzuversicht und späterer Abstinenz</b>   | <b>4</b>  |
| <b>Abbildung 4</b>  | <b>Quellen der Selbstwirksamkeitserwartung nach Bandura (1977)</b>   | <b>10</b> |
| <b>Abbildung 5</b>  | <b>"False Hope Syndrom" nach Polivy und Herman (2002)</b>  | <b>14</b> |
| <b>Abbildung 6</b>  | <b>Patientenberichte über verschiedene Formen der Craving-Wahrnehmung</b>  | <b>16</b> |
| <b>Abbildung 7</b>  | <b>Überhöhte Abstinenzzuversicht und psychische Störungen</b>  | <b>19</b> |
| <b>Abbildung 8</b>  | <b>Vergleich der Single Item fragen von Goldbeck, Myatt und Aitchison (1997) und Ilgen, McKellar und Tiet (2005)</b>               | <b>24</b> |
| <b>Abbildung 9</b>  | <b>Rückfallwahrscheinlichkeit bei absoluter und nicht absoluter Abstinenzzuversicht nach Goldbeck, Myatt, und Aitchison (1997)</b> | <b>24</b> |
| <b>Abbildung 10</b> | <b>Rückfallwahrscheinlichkeit bei absoluter und nicht absoluter Abstinenzzuversicht nach Ilgen, McKellar und Tiet (2005)</b>       | <b>25</b> |
| <b>Abbildung 11</b> | <b>Typische Rückfallsituationen nach Marlatt und Gordon (1985)</b>   | <b>29</b> |
| <b>Abbildung 12</b> | <b>Rückfallwahrscheinlichkeit bei SCQ &gt; 94 nach Goldbeck, Myatt und Aitchison (1997)</b>  | <b>30</b> |

|                     |  |           |
|---------------------|--|-----------|
| <b>Abbildung 13</b> | <b>Aussagekräftigste Fragenkombination zur Identifizierung von unrealistischen Optimisten</b>  | <b>34</b> |
| <b>Abbildung 14</b> | <b>Prognostische Therapeuteneinschätzung bei absoluten Optimisten nach Goldbeck, Myatt und Aitchison (1997)</b>  | <b>35</b> |
| <b>Abbildung 15</b> | <b>Rückfallrate bei absoluten Optimisten, optimistischen Therapeuten und Patienten, die keinen weiteren Hilfebedarf sehen, nach Goldbeck, Myatt und Aitchison (1997)</b> | <b>36</b> |
| <b>Abbildung 16</b> | <b>Tätigkeitsbereiche der befragten Suchttherapeuten</b>   | <b>42</b> |
| <b>Abbildung 17</b> | <b>Professionen der befragten Suchttherapeuten</b>   | <b>43</b> |
| <b>Abbildung 18</b> | <b>Bewertung der Skalierungsfrage</b>  | <b>50</b> |
| <b>Abbildung 19</b> | <b>Auswertungsbogen der qualitative Inhaltsanalyse</b>   | <b>53</b> |
| <b>Abbildung 20</b> | <b>Darstellung der Stichproben nach Jenko (2008)</b>   | <b>65</b> |
| <b>Abbildung 21</b> | <b>Darstellung der Stichprobe (Reanalyse)</b>  | <b>66</b> |
| <b>Abbildung 22</b> | <b>Übersicht über die Messinstrumente des Baseline Assessments</b>   | <b>68</b> |
| <b>Abbildung 23</b> | <b>Verteilung der Abstinenzraten (0-7 kumuliert)</b>   | <b>73</b> |
| <b>Abbildung 24</b> | <b>Verteilung der Abstinenzraten (0-6 kumuliert)</b>   | <b>74</b> |
| <b>Abbildung 25</b> | <b>Ergebnisse zur spezifischen Abstinenzzuversicht (Boxplot-Analyse)</b>   | <b>86</b> |
| <b>Abbildung 26</b> | <b>Vergleich abstinenter und rückfälliger Optimisten mit Bezugnahme auf die Variable „Familienstand II“</b>  | <b>92</b> |
| <b>Abbildung 27</b> | <b>Vergleich abstinenter und rückfälliger Optimisten mit Bezugnahme auf die „Partnerbeziehung II“</b>  | <b>93</b> |

## **Tabellenverzeichnis**

|                   |  |           |
|-------------------|--|-----------|
| <b>Tabelle 1</b>  | <b>Grundbedürfnisse und Symptome der Sucht nach Falkai (2015), Grawe (2004) und Dilling (2010)</b> | <b>12</b> |
| <b>Tabelle 2</b>  | <b>Unterscheidung des Vermeidertyps und des Risikotyps nach Soyka und Küfner (2008)</b>            | <b>17</b> |
| <b>Tabelle 3</b>  | <b>Messinstrumente zur spezifischen Abstinenzzuversicht</b>  | <b>27</b> |
| <b>Tabelle 4</b>  | <b>Hypothesenliste (Nach der Literaturrecherche)</b>   | <b>40</b> |
| <b>Tabelle 5</b>  | <b>Prognostische Therapeuteneinschätzung bei absoluten Optimisten</b>                              | <b>48</b> |
| <b>Tabelle 6</b>  | <b>Prognostische Therapeuteneinschätzung bei absoluten Optimisten gegliedert nach Schweregrad</b>  | <b>49</b> |
| <b>Tabelle 7</b>  | <b>Zielkorridor der befragten Suchttherapeuten (N = 137)</b>                                       | <b>50</b> |
| <b>Tabelle 8</b>  | <b>Bewertungsrichtlinien des Cohens-Kappa-Koeffizienten nach Landis und Koch (1977)</b>            | <b>52</b> |
| <b>Tabelle 9</b>  | <b>Interrater-Reliabilität des Kategoriensystems</b>   | <b>54</b> |
| <b>Tabelle 10</b> | <b>Suchttherapeutenbefragung:<br/>Identifizierungsmöglichkeiten sortiert nach Häufigkeit</b>       | <b>55</b> |
| <b>Tabelle 11</b> | <b>Sammlung „Neuer, nicht anderweitig kodierbarer Antworten“</b>                                   | <b>58</b> |
| <b>Tabelle 12</b> | <b>Hypothesenliste (Nach der Therapeutenbefragung)</b>   | <b>62</b> |
| <b>Tabelle 13</b> | <b>Kliniken die an der Untersuchung von Frau Dr. Jenko teilgenommen haben</b>                      | <b>63</b> |
| <b>Tabelle 14</b> | <b>Anzahl der vorherigen Entzugsbehandlungen</b>   | <b>64</b> |



|                   |   |            |
|-------------------|---|------------|
| <b>Tabelle 15</b> | <b>Verteilung der Abstinenzraten</b>  | <b>72</b>  |
| <b>Tabelle 16</b> | <b>Prüfung der Testbarkeit der generierten Hypothesen</b>   | <b>76</b>  |
| <b>Tabelle 17</b> | <b>Vergleich abstinenter und rückfälliger Optimisten hinsichtlich verschiedener Kontrollüberzeugungen (IPC)</b> | <b>88</b>  |
| <b>Tabelle 18</b> | <b>Ergebnisse hinsichtlich der Konsumvariablen</b>  | <b>90</b>  |
| <b>Tabelle 19</b> | <b>Ergebnisse Höchster Schulabschluss und Berufsausbildung</b>  | <b>91</b>  |
| <b>Tabelle 20</b> | <b>Aufnahme neuer Items in die wöchentliche Basisdokumentation</b>  | <b>101</b> |

# 1 Einleitung

In Deutschland sind ca. 2 Millionen Menschen an einer Alkoholabhängigkeit erkrankt (Pabst, Kraus, Matos, & Piontek, 2013). Nach ICD 10 wird die Diagnose „Abhängigkeit“ (F10.2) gestellt, wenn während des letzten Jahres 3 oder mehr der 6 in Abbildung 1 dargestellten Kriterien gleichzeitig erfüllt waren:

| Diagnostische Kriterien der Alkoholabhängigkeit nach (ICD-10: F10.2) |  |
|--|--|
| 1.   | <b>Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, psychotrope Substanzen zu konsumieren.</b>  |
| 2.   | <b>Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums.</b>  |
| 3.   | <b>Ein körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion des Konsums, nachgewiesen durch die substanzspezifischen Entzugssymptome.</b>   |
| 4.   | <b>Nachweis einer Toleranz.</b>  |
| 5.   | <b>Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügungen oder Interessen zugunsten des Substanzkonsums, erhöhter Zeitaufwand, um die Substanz zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von den Folgen zu erholen.</b> |
| 6.   | <b>Anhaltender Substanzkonsum trotz Nachweis eindeutiger schädlicher Folgen körperlicher oder psychischer Art.</b>   |

*Abbildung 1 Diagnostische Kriterien der Alkoholabhängigkeit nach ICD-10*

Die Bedeutung dieser Störung für die Betroffenen und deren Umfeld wird in dem „Journal of Health Monitoring“, herausgegeben vom Robert Koch-Institut, zusammengefasst (Lange, Manz, & Kuntz, 2017). Hervorzuheben sind sowohl 14.099 Todesfälle im Jahr 2014, die eindeutig auf alkoholbedingte Erkrankungen zurückzuführen sind und weitere individuelle Folgen (z.B. Stigmatisierung, familiäre Probleme, Verlust des Arbeitsplatzes) als auch Schädigungen Dritter (z.B. Gewalt, Unfälle, Schädigungen von Kindern). Zusammengenommen verursachen diese Faktoren geschätzte 40 Milliarden Euro volkswirtschaftliche Kosten und circa 10 Milliarden Euro direkte Kosten für das deutsche Gesundheitssystem (ebd.). Hieraus ergibt sich die besondere Relevanz erfolgreicher Behandlungsansätze und der Forschungsbemühungen, diese weiter zu verbessern und zielgerichtet einzusetzen.

Laut den S3-Leitlinien für Behandler (Mann, et al., 2016) wird dazu geraten, dass das primäre postakute Therapieziel bei der Diagnose Alkoholabhängigkeitssyndrom (ICD-10: F10.2) Abstinenz sein sollte.

Für die Entwicklung und Umsetzung wirksamer Behandlungsansätze ergibt sich aus dieser Leitlinie für Suchttherapeuten die wichtige Frage, welche Variablen während der Therapie besonderen Einfluss auf eine spätere Abstinenz haben. Ilgen, McKellar und Tiet (2005) gingen dieser Frage nach und kamen zu dem Ergebnis, dass eine 100-prozentige Abstinenzzuversicht am Ende der Therapie die größte Vorhersagekraft in Bezug auf eine Abstinenz ein Jahr später hat und daher auch Ziel der Therapie sein sollte.

Der Begriff „Abstinenzzuversicht“ beinhaltet laut Lindenmeyer (2011) in Bezug auf einen Alkoholabhängigen die Überzeugung, in einer Rückfallsituation über effektive Alternativen anstelle des früheren Trinkverhaltens zu verfügen.

Als Synonym für die Zuversicht, bezogen auf die eigene Fähigkeit, Ziele zu erreichen, wird in der Fachliteratur häufig der Begriff „Selbstwirksamkeit“ verwendet (Bandura, 1997; Marlatt & Donovan, 2005).

Wie Ilgen et al. (2005) schenken auch Mann, Loeber, Croissant und Kiefer (2006) der Förderung der Abstinenzzuversicht besondere Aufmerksamkeit, indem sie in ihrem Therapiemanual „Qualifizierte Entzugsbehandlung von Alkoholabhängigen“ das 4. Prinzip von Miller und Rollnick (2004), nämlich die Förderung der Selbstwirksamkeit, zu einem psychotherapeutischen Hauptgegenstand machen.

Für die Wahl dieser Schwerpunktsetzung führen Mann et al. (2006) die Selbstwirksamkeitstheorie von Bandura und das „Das sozialkognitive Rückfallmodell“ von Marlatt, George und Gordon an.

Während das Selbstwirksamkeitskonzept von Bandura (1977) ganz allgemein den Zusammenhang von Selbstwirksamkeit und Verhaltensänderung beschreibt, fokussiert sich das „Das sozialkognitive Rückfallmodell“ von Marlatt und Gordon (1985, zitiert nach, Marlatt & Witkiewitz, 2005) konkret auf den Zusammenhang zwischen Abstinenzzuversicht und späterer Rückfallgefahr.

In einer Grafik aus dem Buch „Relapse Prevention“ wird von Marlatt und Witkiewitz (2005) „Das sozialkognitive Rückfallmodell“ bzw. „Cognitive-behavioral model of relapse“ von Marlatt und Gordon aus dem Jahr 1985 wie folgt zusammengefasst:

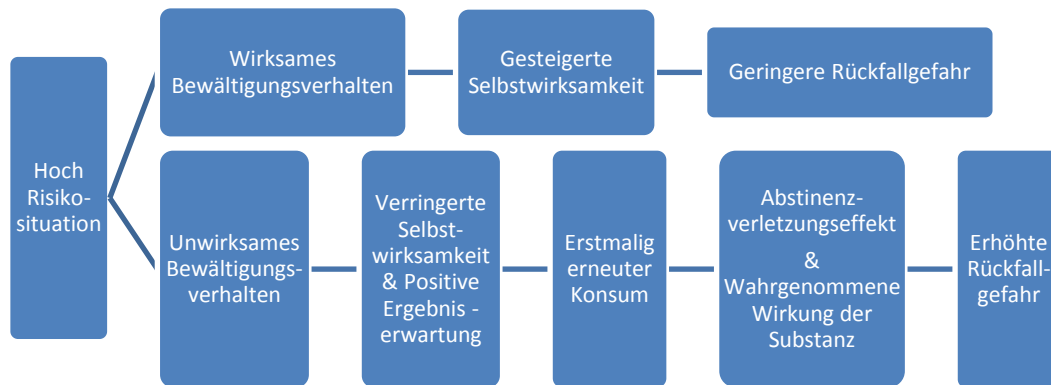


Abbildung 2, „Cognitive-behavioral model of relapse“ nach Marlatt und Witkiewitz (2005)

Eine der Kernthesen dieses Modells ist, dass mit der Zunahme der Abstinenzzuversicht auch die Wahrscheinlichkeit steigt, in Zukunft Risikosituationen erfolgreich zu bewältigen (Marlatt & Witkiewitz, 2005).

Ein bekanntes Instrument, um die Abstinenzzuversicht zu messen und therapeutisch zu bearbeiten, ist die Skalierungsfrage von Miller und Rollnick (2004). Bei dieser Frage werden Patienten gebeten, ihre Abstinenzzuversicht auf einer elfstufigen Skala von 0 („gar nicht zuversichtlich“) bis 10 („extrem zuversichtlich“) einzuschätzen (ebd.).

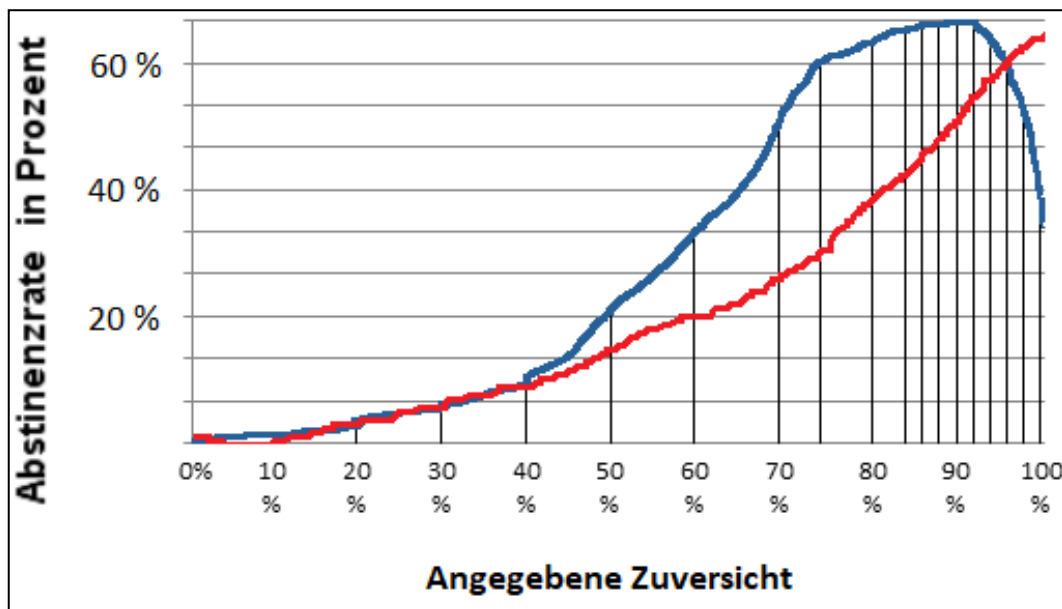
Der Autor der vorliegenden Masterarbeit nutzt diese Frage häufig im Rahmen der *qualifizierten Entzugsbehandlung*<sup>1</sup> am ZI in Mannheim. Dabei sah auch er einen klaren Zusammenhang zwischen erhöhter Abstinenzzuversicht und höheren Abstinenzraten. Allerdings steht er, entgegen der *Ergebnisse von Ilgen et al. (2005)*<sup>2</sup>, Patienten mit einer absoluten Abstinenzzuversicht eher kritisch

<sup>1</sup>Entgiftung mit einer psychotherapeutischen Begleitung (Mann, Loeber, Croissant, & Kiefer, 2006).

<sup>2</sup> „Treatment providers should focus on obtaining high levels of abstinence self-efficacy during treatment with the goal of achieving 100% confidence in abstinence“ (Ilgen, McKellar, & Tiet, 2005, S. 1175).

gegenüber, da er bei ihnen überdurchschnittlich häufig ein erhöhtes Rückfallrisiko wahrnimmt und er den Eindruck hat, dass es sich hier um unrealistische Optimisten handelt.

Nach seiner Einschätzung lässt sich der Zusammenhang zwischen Abstinenzzuversicht und Therapieerfolg mit einer umgekehrt U-förmigen Verteilung beschreiben, deren Maximum zwischen 80 und 90% liegt. Diese These zur umgekehrt U-förmigen Verteilung widerspricht der Beobachtung von Demmel (2002), der mit Bezug auf den Ergebnissen von Burling, Reilly, Moltzen und Ziff (1989) und Rychtarik, Prue, Rapp und King (1992) zu dem Ergebnis kommt, dass die Zuversicht während der Therapie und die Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls linear zusammenhängen (siehe Abbildung 3).



*Abbildung 3 Vermuteter Zusammenhang zwischen Abstinenzzuversicht und späterer Abstinenz. Die blaue Kurve stellt die Erwartung des Autors aufgrund seiner klinischen Erfahrung dar, die rote Kurve stellt die von Demmel (2002) gemachte Annahme dar.*

Daraus ergibt sich die erste Leitfrage dieser Arbeit, nämlich die Frage nach dem Zielkorridor. Sollte entweder wie von Ilgen et al. (2005) suggeriert der therapeutische Zielkorridor tatsächlich stets bei einer absoluten Abstinenzzuversicht liegen, oder macht es nicht eher Sinn eine annähernd maximale Abstinenzzuversicht anzustreben?

| <b>Zielkorridor-These</b>   |
|---|
| Der therapeutische Zielkorridor sollte während einer Akuttherapie bei einer annähernd maximalen Abstinenzzuversicht liegen. |

Auch wenn vermutet wird, dass es sich bei den Patienten mit einer absoluten Abstinenzzuversicht überwiegend um unrealistische Optimisten handelt, wird angenommen, dass alleine über die bereits vorgestellte Skalierungsfrage von Miller und Rollnick (2004) nicht ausreichend zwischen realistischen und unrealistischen Optimisten differenziert werden kann. Hingegen erscheint es plausibler, dass eine sichere Diagnostik von unrealistischen Optimisten möglich ist, indem man die Skalierungsfrage von Miller und Rollnick (2004) durch die Einschätzung des Bezugstherapeuten ergänzt. Es wird angenommen, dass wenn der Patient am Ende der Therapie über die Skalierungsfrage eine absolute Abstinenzzuversicht äußert und der Therapeut eher skeptisch ist, dass man dann mit großer Sicherheit sagen kann, dass der Patient das Abstinenzziel nicht erreichen wird.

| <b>These zur Skalierungsfrage und der Therapeuteneinschätzung</b>  |
|--|
| Als geeignetes Mittel zur Identifizierung von unrealistischen Optimisten, wird eine Kombination aus der bereits vorgestellten Skalierungsfrage von Miller und Rollnick (2004) und der Therapeuteneinschätzung gesehen. |

Diese Thesen sollen in der vorliegenden Arbeit explorativ untersucht werden. Es sollen Thesen zur Identifizierung von unrealistischen Optimisten gesammelt und wenn möglich noch im Rahmen dieser Abschlussarbeit getestet werden.

| <b>Leitfrage dieser Arbeit</b>                            |
|---|
| Wie lassen sich unrealistische Optimisten identifizieren? |

Der Zweck der Differenzierung zwischen realistischen und unrealistischen Optimisten soll selbstverständlich nicht sein, unrealistische Optimisten zu stereotypisieren und zu stigmatisieren (z.B. „Sie wollen nicht abstinenter werden“,

„Sie sind noch gar nicht tief genug gefallen“, „Sie sind dumm“ etc.). Im Gegenteil, eines der Anliegen dieser Arbeit ist, über ein besseres Verständnis des beobachteten Phänomens (Unrealistischer Optimismus) zu einer *wertschätzenderen Grundhaltung*<sup>3</sup> beizutragen.

Das Ziel über diese Abschlussarbeit hinaus ist, praxistaugliche Messinstrumente mit einer hohen Güte zu entwickeln und mehr über unrealistische Optimisten zu verstehen, um darauf aufbauend wirksame Behandlungsmethoden zu entwickeln und diese in die Praxis zu integrieren.

| Fernziele über die Arbeit hinaus   |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Entwicklung von Messinstrumenten mit einer hohen Güte.</li><li>• Mehr über das Phänomen unrealistische Optimisten verstehen.</li><li>• Entwicklung wirksamer Behandlungsmethoden.</li><li>• Integration in die Praxis.</li></ul> |

Zunächst soll über eine Literaturrecherche die Frage geklärt werden, welche Bedeutung das Identifizieren von unrealistischen Optimisten für die klinische Versorgung von Suchtpatienten hat, um darauf aufbauend über eine weitere Literaturrecherche Erklärungsansätze und Messinstrumente zur Identifizierung von unrealistischen Optimisten zu sammeln. Die Ergebnisse aus dieser **Literaturrecherche** und die Ergebnisse aus einer **Therapeutenbefragung** werden dann sortiert und darauf geprüft, ob eine Thesentestung durch Re-Analyse der Daten einer unveröffentlichten Dissertation (Jenko, 2008), die eine **Patientenuntersuchung** enthält, möglich ist.

---

<sup>3</sup> Eines der zentralen Wirkmechanismen von Psychotherapie (Grawe, Donati, & Bernauer, 1994; Rogers, 2005)

## 2 Klinische Relevanz

Zahlreiche Studien beschreiben das Phänomen, dass es eine Gruppe von Patienten gibt, die durch eine überhöhte Abstinenzzuversicht geprägt ist (Demmel & Beck, 2004; Demmel, Nicolai, & Jenko, 2006; Demmel & Nicolai, 2009; Demmel & Rist, 2005; Goldbeck, Myatt, & Aitchison, 1997; Zingg, Schmidt, Küfner, Kolb, Zemlin, & Soyka, 2008).

In der Einleitung wurde deutlich, dass der Autor unter unrealistischen Optimisten Patienten versteht, die eine absolute Abstinenzzuversicht äußern und bei denen Bezugstherapeuten eher skeptisch sind. Die einzige Studie, die gefunden werden konnte, die beide dieser Variablen berücksichtigt und somit auf die Größe dieser Gruppe Aussagen zulässt, ist die Studie von Goldbeck et al. (1997). Denn dort wurden sowohl die Patienten als auch die Therapeuten hinsichtlich der Abstinenzzuversicht befragt. Wendet man die eben genannte Definition von unrealistischen Optimisten bei der Untersuchung von Goldbeck et al. (1997) an, kommt man zu dem Ergebnis, dass bei 19 von insgesamt 59 Patienten (32%) Therapeuten sagen würden, dass es sich um unrealistische Optimisten handelt.

Um die klinische Relevanz zu bewerten, ist neben der bereits beschriebenen **Gruppengröße** von Bedeutung, welche negativen Folgen unrealistischer Optimismus mit sich bringen kann. Vor allem Verhaeren (2012) beschäftigt sich in einem Fachartikel mit dieser Frage und verweist unter anderem auf Vancouver Thompson und Williams (2001), die die Gefahr sehen, dass Menschen mit einer überhöhten Zuversicht Herausforderungen unterschätzen und dadurch vorhandene Ressourcen nicht abrufen bzw. sich nicht ausreichend anstrengen.

Verhaeren (2012) fasst die Konsequenzen der überhöhten Zuversicht wie folgt zusammen:

*„As a consequence, people with a strong sense of efficacy can become too confident in such a way that they do not do what has to be done, resulting in a substandard performance”*(Verhaeren, 2012, S. 196).



Übertragen auf die Suchttherapie würde dies bedeuten, dass sich Patienten mit einer überhöhten Abstinenzzuversicht nicht oder nur schwer auf wichtige Kerninhalte der Behandlung einlassen können, wie zum Beispiel:

- Kompetenztrainings
  - „Erste Schritte zur Vermeidung von Rückfällen“ (Mann et al., 2006);
  - „Verhalten nach einem Rückfall“ (ebd.);
- „Umgang mit unangenehmen Gefühlszuständen“ (ebd.).

Es liegt auf der Hand, dass es sich negativ auf die Behandlungsergebnisse auswirken könnte, wenn sich Patienten auf derartige Module nicht einlassen können. Das Rückfallrisiko würde sich erhöhen.

Dass auch Demmel und Rist (2004) einen derartigen Zusammenhang vermuten, wird in der Aussage deutlich, dass sie davon ausgehen, dass eine Stärkung der Abstinenzzuversicht bei unrealistischen Optimisten, die Rückfallgefahr erhöhen könnte.

Dieses Ergebnis leiten sie (ebd.) aus ihrer Studie ab, die nämlich die These bekräftigt, dass eine Quelle für eine überhöhte Abstinenzzuversicht ein hohes Maß an emotionaler Labilität und ein vermeidender Bewältigungsstil sein könnten.

Ein weiteres Modell zur Erklärung eines unrealistischen Optimismus nennen Vancouver et al. (2001), die davon ausgehen, dass falsche Schlussfolgerungen die Ursache einer überhöhten Abstinenzzuversicht sein können. Falsche Schlussfolgerungen beobachtet der Autor dieser Arbeit zum Beispiel häufig bei Patienten, die sich am Anfang der Therapie bewusst auf eine Hochrisikosituation zubewegen (z.B. Feier eines Freundes), diese Situation erfolgreich bewältigen und daraus schließen, dass sie geheilt sind. Die Erfahrung zeigt allerdings, dass sich die dauerhafte Kontrollfähigkeit durch ein Einzelereignis nur schwer beurteilen lässt. Denn selbst wenn die äußeren Faktoren beim nächsten Mal komplett gleich bleiben, kann es sein, dass sich der Patient in einer anderen Stimmungslage befindet (z.B. Dysphorie, Euphorie) und sich dies negativ auf die Kontrollfähigkeit auswirken könnte.

Anhand dieser beiden Beispiele soll deutlich werden, wie wichtig es ist, unterschiedliche Ursachen des unrealistischen Optimismus zu identifizieren. Denn der Autor dieser Arbeit ist der Meinung, dass erst durch eine evidenzbasierte Diagnostik und plausible Erklärungsmodelle des unrealistischen Optimismus, eine spezifische und wirksame Behandlung des unrealistischen Optimismus bzw. der Alkoholabhängigkeit erfolgen können.

Denn sollte sich zum Beispiel der Verdacht erhärten, dass ein Patient, wie bei Vancouver et al. (2001) beschrieben, „falsche“ Schlussfolgerungen für die Bewertung des Abstinenzziels heranzieht, sind andere psychotherapeutische Interventionen indiziert als bei Patienten, bei denen die überhöhte Abstinenzzuversicht auf einen vermeidenden Bewältigungsstil zurückzuführen ist.

| Ursache der Überhöhung                   | Psychotherapeutische Impulse   |
|--|--|
| <b>„Falsche“<br/>Schlussfolgerung</b>    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Psychoedukation (Stimmung ↔ Kontrollfähigkeit)</li> <li>• In der Gruppe hohe Zuversicht thematisieren</li> </ul>                                  |
| <b>Vermeidender<br/>Bewältigungsstil</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Psychoedukation (Vermeidung)</li> <li>• Ängste eruieren und Förderung von Skills</li> <li>• Exposition (Ziel: Korrigierende Erfahrung)</li> </ul> |

### 3 Erklärungsmodelle

Auf der Suche nach plausiblen Erklärungsmodellen entstand die These, dass eine überhöhte Abstinenzzuversicht über nahezu alle psychischen Störungen erklärbar ist. Dies wurde vor allem deutlich, als analysiert wurde, welche Prozesse bei der Selbsteinschätzung stattfinden, und diese mit den Kernsymptomen psychischer Störungen verglichen wurden.

Aus der sozialen Lerntheorie von Bandura (1977) ist zu entnehmen, dass einer der Kernprozesse bei der Einschätzung der eigenen Fähigkeiten (1) Wahrnehmungs- und (2) kognitive Bewertungsprozesse sind. Bandura (ebd.) hebt hierbei vor allem die Wahrnehmung und die Bewertung der eigenen Leistungen, Leistungen anderer, verbale Ermutigungen und emotionale Erregung hervor.

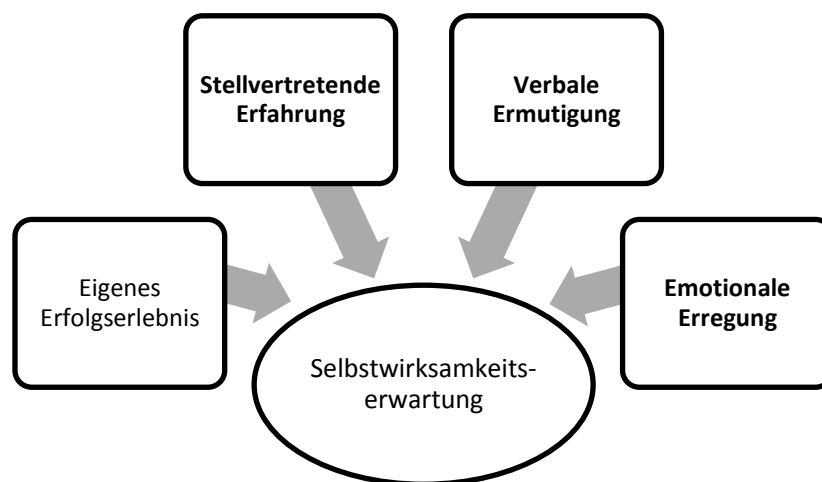


Abbildung 4 Quellen der Selbstwirksamkeitserwartung nach Bandura (1977)

Somit wird deutlich, dass für eine realistische Selbsteinschätzung Wahrnehmungs- und kognitive Prozesse (Gedächtnis, Lernen, Intellekt) elementar wichtig sind. Beim Abgleich mit dem ICD-10 konnte keine psychische Störung gefunden werden, die nicht auf einen dieser beiden Bereiche Einfluss haben könnte.

Zusammengefasst soll mit dieser Einführung betont werden, dass bei Verdacht auf eine inflationäre Abstinenzzuversicht das gesamte psychopathologische Spektrum

berücksichtigt werden sollte. Für die Diagnostik unrealistischer Optimisten erschien darauf aufbauend eine Einteilung des ICD 10 aus dem Bereich „Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen“ als eine sinnvolle Orientierung. Denn dort werden mögliche funktionale Einschränkungen des Gehirns wie folgt zusammengefasst, die alle, aus der Sicht des Autors, für eine Überhöhung der Abstinenzzuversicht verantwortlich sein könnten:

1. Störungen kognitiver Funktionen (Gedächtnis, Lernen, Intellekt);
2. Störungen im Bereich der Stimmungen und Gefühle (Depression, gehobene Stimmung, Angst);
3. Störungen im Bereich der gesamten Persönlichkeits- und Verhaltensmuster;
4. Störungen im Bereich der Wahrnehmung (Halluzinationen);
5. Störungen des Sensoriums (Bewusstseins-, Aufmerksamkeitsstörungen);
6. Störungen im Bereich der Denkinhalte (Wahn).

Alle Theorien, die bei der Recherche plausibel erschienen, um eine Überhöhung der Abstinenzzuversicht zu erklären, wurden diesen 6 Bereichen zugeordnet. Dabei kam der Autor zu dem Entschluss, wie schon geschildert, dass theoretisch alle 6 genannten Bereiche ursächlich für eine „Fehleinschätzung“ verantwortlich sein könnten, er aber den höchsten Wert den Punkten 1 bis 3 beimisst und auch diese im Rahmen dieser Arbeit genauer begutachtet.

### **3.1 Überhöhte Abstinenzzuversicht aufgrund von Störungen im Bereich der Stimmung und der Gefühle**

Eine Studie von Demmel und Rist (2004) kam zu dem Ergebnis, dass ein hohes Maß an emotionaler Labilität eine wichtige Quelle für eine überhöhte Abstinenzzuversicht sein könnte. Daraus abgeleitet könnte ein plausibles Erklärungsmodell sein, dass Patienten die Abstinenzzuversicht überhöhen, um unangenehme Gefühle (z.B. die Angst vor dem Scheitern) zu kompensieren beziehungsweise sogar damit versuchen, einen Rückfall zu verhindern. Denn es ist aus einer der wohl bekanntesten Rückfallstudien von Marlatt und George (1984) bekannt, dass Rückfälle am häufigsten auf negative erlebte Emotionen

zurückzuführen sind. Bei der zuletzt zitierten Studie waren 35% aller Rückfälle auf einen negativen emotionalen Zustand zurückzuführen.

Diese vermeidende Tendenz von negativ erlebten emotionalen Zuständen deckt sich auch mit der Konsistenztheorie von Grawe (2004), die betont, dass Menschen danach streben, Inkongruenzerleben aufzulösen. Eine naheliegende Möglichkeit wäre in diesem Fall, die Möglichkeit eines Rückfalls auszuschließen und sich auf eine erfolgreiche langfristige Bewältigung kognitiv zu fokussieren. Dass der Gedanke eines Rückfalls bei Patienten durchaus starkes Inkongruenzerleben bzw. Dysphorie auslösen kann, ist nicht verwunderlich, wenn man die möglichen Symptome einer Alkoholabhängigkeit mit bekannten Theorien zu den seelischen Grundbedürfnissen vergleicht. Denn sowohl das DSM 5 aber auch das ICD-10 machen deutlich, dass eine Suchtabhängigkeit durchaus die seelischen Grundbedürfnisse nach Grawe (2004) tangieren kann:

*Tabelle 1 Grundbedürfnisse und Symptome der Sucht nach Falkai (2015), Grawe (2004) und Dilling (2010)*

| <b>Grundbedürfnisse nach Grawe</b>        | <b>Auszüge aus dem ICD 10 und DSM 5</b>  |
|---|--|
| <b>Orientierung/Kontrolle</b>             | „ <b>Verminderte Kontrollfähigkeit</b> bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums.“ (Dilling, 2010, S. 99)  |
| <b>Selbstwert*</b>                        | Folge von starkem Substanzkonsum kann eine depressive Verstimmung sein, welche wiederum häufig durch ein <b>vermindertes Selbstwertgefühl*</b> und <b>Interessensverlust**</b> geprägt sein kann. (Dilling, 2010, S. 149 & 99) |
| <b>Luststreben und Unlustvermeidung**</b> |  |
| <b>Bindung</b>                            | „Fortgesetzter Alkoholkonsum trotz ständiger oder wiederholter sozialer und <b>zwischenmenschlicher Probleme</b> , die durch die Auswirkung von Alkohol verursacht wurden“ (Falkai, 2015, S. 675)                              |

Zusätzlich zur Neutralisierung eines dysphorischen Zustandes könnte eine Überhöhung durchaus zu einem gegenteiligen, nämlich einem subjektiv positiv wahrgenommenen Zustand führen, bis hin zu einem dysfunktionalen euphorischen Zustand. Unter dysfunktionalem euphorischem Erleben nach einer erfolgreichen Entgiftung werden nach Dilling (2010) Symptome verstanden, die wie folgt im ICD 10 in manischen Phasen ohne psychotische Symptome (F30.1) als Kernsymptome beobachtet werden:

- „Die Stimmung ist situationsinadäquat gehoben ...“ (S. 143);
- „Die Selbsteinschätzung ist aufgeblasen, Größenideen oder maßloser Optimismus werden frei geäußert“ (S. 143).

### **3.2 Überhöhte Abstinenzzuversicht aufgrund von kognitiven Funktionsstörungen**

Im vorherigen Abschnitt wurde deutlich, dass eine Überhöhung der Abstinenzzuversicht durchaus einen positiven als auch einen negativ verstärkenden Lerneffekt haben kann. Unangenehme, dysphorische Zustände werden neutralisiert. Dieses Phänomen lässt sich durch die operante Konditionierungstheorie von Skinner (1978) als Modell nutzen zu erklären, dass Patienten trotz mehrerer Rückfälle innerhalb kürzester Zeit immer noch der Überzeugung sind, dass sie dieses Mal nach wenigen Therapietagen zu 100% das Abstinenzziel erreicht haben.

Aber vor allem die beschriebenen aversiven Effekte („starkes Inkongruenz-Erleben bzw. Dysphorie“) machen zusätzlich deutlich, dass nicht nur „verstärkende“ Lerntheorien verantwortlich sein könnten, sondern auch „bestrafende“. Denn es ist höchst plausibel, wenn eine realistische Einschätzung zu einem schweren Rückfall führt, dass in der Folge die Wahrscheinlichkeit sinkt, sich erneut auf eine realistische Einschätzung einzulassen und dass man dann eher dazu tendiert, Faktoren für einen möglichen Rückfall auszublenden sowie Faktoren, die für die Erhaltung der Abstinenz sprechen, hervorzuheben.

Ein weiteres sehr interessantes Modell aus der Diätforschung, welches ebenfalls die kurzfristig positiven Effekte (starkes Gefühl der Kontrolle und meist

anfängliche Erfolge) und die langfristigen negativen Effekte (Rückfall in alte Verhaltensmuster) als Gründe für die Überhöhung hervorheben, ist das „False Hope Syndrome Model“ von Polivy und Herman (2002).

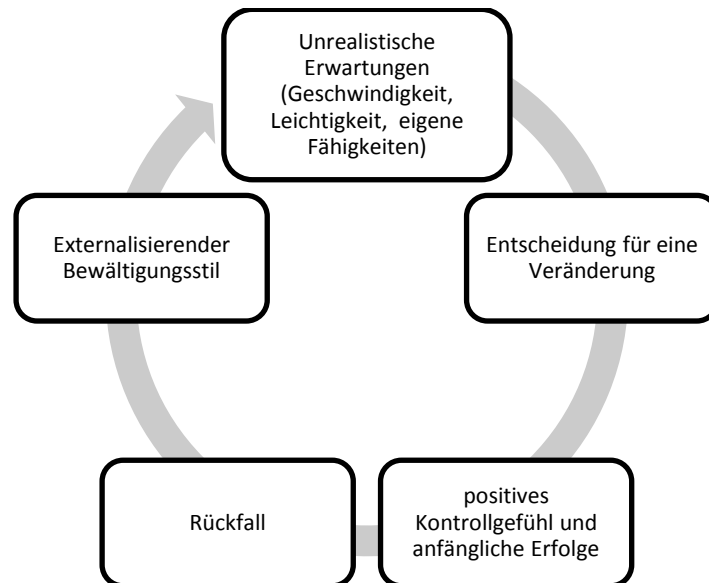


Abbildung 5 "False Hope Syndrom" nach Polivy und Herman (2002)

Einer der Hauptgründe für eine Überhöhung in diesem Modell wird allerdings in einem externalisierenden Bewältigungsverhalten gesehen. Denn die Folge dessen sei häufig, dass Patienten für den Therapieerfolg wichtige selbstkritische Fragen vermeiden, wie die Fragen nach

- „Wo hätte ich mich mehr anstrengen können?“;
- „Was hätte mir helfen können länger durchzuhalten?“;
- „Inwiefern habe ich mir vielleicht zu hohe Ziele gesetzt?“.

Auch hier ist davon auszugehen, dass das Externalisieren von Rückschritten einen negativ verstärkenden Effekt hat, da dadurch eigene Defizite ausgeblendet werden.

Während die bisher im Kapitel 3.2 beschriebenen kognitiven Funktionsstörungen, vor allem auf neuronale Veränderungen aufgrund von Lerneffekten zurückzuführen sind, besteht der große Verdacht, dass eine Überhöhung der Abstinenzzuversicht durchaus auch auf die Nervenzellen schädigende Wirkung von Alkohol zurückzuführen ist. Beispielsweise wird in der Wiener

Medizinischen Wochenschrift darauf verwiesen, dass sich bei etwa 50% der Alkoholabhängigen Einbußen der Kognition mit einer zerebralen Atrophie in der Bildgebung des Gehirns nachweisen lassen (Weiss, Singewald, Ruepp, & Marksteiner, 2014). Chronischer Alkoholkonsum induziere eine diffuse Hirnatrophie, die die Einschränkung aller kognitiven Funktionen zur Folge hat (Weiss et al., 2014). Wie im ICD-10 beschrieben, sind Gedächtnisleistungen ein Kernelement von kognitiven Leistungen (Dilling, 2010). Schaut man jetzt auf einen der bekanntesten Fragebögen zur Messung der Abstinenzzuversicht, den Situational Confidence Questionnaire 100 (SCQ-100) von Annis (1986), wird an der Anzahl der Fragen deutlich, welche enormen Gedächtnisleistungen für eine realistische Einschätzung erforderlich sind. Denn im SCQ-100 wurden 100 unterschiedliche Situationen gesammelt, die erfahrungsgemäß in vielen Fällen zu einem Rückfall führen.

Die Eingangsfrage „Auf einer Skala von eins bis 10, wie abstinentzuversichtlich sind Sie?“ könnte insbesondere für chronische Patienten mit Atrophie zu komplex sein, da sie nicht in der Lage sind, derartige Gedächtnisleistungen ohne Unterstützung zu vollbringen und deshalb die Selbsteinschätzung fehlerhaft sein kann.

Eine weitere Dysfunktionalität, die bei Alkoholkranken laut Weiss et al. (2014) zu beobachten ist, ist „...in der sozialen Kognition sowie Defiziten in exekutiven Funktionen wie in Problemlösefähigkeiten und Abstraktion, beim Entscheidungstreffen, Planen und Organisieren, aber auch bei Beeinträchtigung der Handlungskontrolle und Inhibierung“ (2014, S. 9) zu beobachten.

Bei dieser Auflistung fielen vor allem „Abstraktion“ und „Inhibierung“ auf, da eine Studie von Zingg et al. (2008) darauf verweist, dass ein Kennzeichen von abstinenten Optimisten ist, dass sie die Fähigkeit besitzen, Verlangen sehr gut wahrzunehmen. Auf Basis dieser Beobachtung wurde geschlossen, dass es sein kann, dass rückfällige Optimisten zum einen Schwierigkeiten haben zu abstrahieren, sich also tatsächlich über einen Fragebogen in die jeweilige Situation hineinzusetzen, und dass zum anderen ein abgeschwächtes Aktionspotential (Inhibition), dazu führt, dass zu spät Suchtdruck wahrgenommen



wird. Dies deckt sich mit der klinischen Beobachtung, dass ein Teil der Patienten stets berichtet, dass es keinerlei frühe Warnsignale für einen Rückfall gab (z.B. Innere Unruhe, leichte Gedanken an das Suchtmittel).

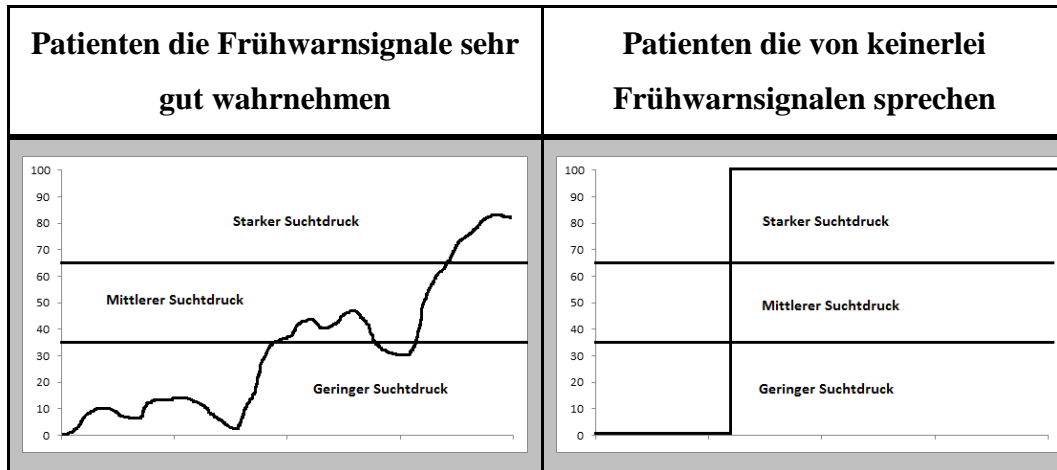


Abbildung 6 Patientenberichte über verschiedene Formen der Craving-Wahrnehmung

### 3.3 Überhöhte Abstinenzzuversicht aufgrund von vererbten und entwicklungsstabilen Temperamenten

Durch den Austausch mit den deutschen Suchtexperten Prof. Dr. Michael Klein von der Katholischen Hochschule und Prof. Falk Kiefer vom Zentralinstitut für seelische Gesundheit kam der Hinweis, dass sich eine überhöhte Abstinenzzuversicht durchaus auch über Persönlichkeitsstörungen erklären lässt.

Eine der wohl bekanntesten Persönlichkeitstheorie stammt von Cloninger. Nach Rauthmann (2017) differenzierte Cloninger zwischen Temperament und Charakter.

Unter Temperament versteht er Komponenten der Persönlichkeit, „...die vererbt entwicklungsstabil, emotionsbasiert und unbeeinflusst durch soziokulturelles Lernen sind“ (Cloninger, zit. n. Börner, 2015, S. 220).

Der Charakter ist im Gegensatz dazu durch bewusste Informationsverarbeitungsprozesse geprägt, Lernen durch Einsicht und vor allem durch Umwelt/Kultur (Cloninger, zit. n. Rauthmann, 2017).

Da Temperament im Unterschied zum Charakter nur „...geringfügig mit dem Alter sowie durch Psycho- und Pharmakotherapie“ (Cloninger zitiert nach

Boerner, 2015, S. 223) beeinflussbar ist, scheint für die Therapie von Persönlichkeitsstörungen vor allem entscheidend, wie man auf den Charakter Einfluss nehmen kann. Diese These wird aus einem Zitat von Svrakic et al. (zitiert nach Boerner, 2015) deutlich, die betonen: „Der Charakter optimiert eine Anpassung des früheren Temperaments auf die Umgebung, indem er die besondere Bedeutung früher Wahrnehmungen und Affekte, wie sie durch das Temperament reguliert sind, moduliert, also den maladaptiven Einfluss eher <<roher>> Temperamenteigenschaften reduziert“ (S. 223).

Für die Diagnostik von unrealistischen Optimisten ist es an dieser Stelle hoch interessant, in Erfahrung zu bringen, ob bestimmte Temperamente bei Alkoholikern zu beobachten sind, um sich dann im Anschluss der Frage zu widmen: „Inwieweit könnten derartige Eigenschaften eine überhöhte Abstinenzzuversicht beeinflussen?“.

Aufbauend auf genetischen Untersuchungen an schwedischen Adoptivkindern unterschieden Cloninger et al. (zitiert nach Soyka & Küfner, 2008) folgende 2 Typen von Alkoholikern:

*Tabelle 2 Unterscheidung des Vermeidertyps und des Risikotyps nach Soyka und Küfner (2008)*

| <b>Typ I (Vermeidertyp)</b>  | <b>Typ II (Risikotyp)</b>                           |
|--|---|
| Mittlere bis niedrige Werte hinsichtlich <b>Neuigkeiten suchenden Verhaltens</b> | Hohe Tendenz zu Neuigkeiten                         |
| Starke <b>Vermeidungstendenz</b>   | Geringe Tendenz zur Schmerz- und Schadensvermeidung |
| Starke <b>Abhängigkeit von Belohnung</b>   | Geringe Abhängigkeit von Belohnung                  |

In dem „Handbuch der Persönlichkeitspsychologie und Differentiellen Psychologie“ werden die Kategorien „Neuigkeit suchenden Verhaltens“, „Vermeidungstendenz“ und „Abhängigkeit von Belohnung“ von Cloninger wie folgt zusammengefasst.

Unter „**Neuigkeit suchendes Verhalten**“ verstehe Cloninger die „...Tendenz zur Verhaltensaktivierung als Antwort auf neue Stimuli oder Hinweisreize für potenzielle Belohnung bzw. potenzielle Beendigung von Monotonie oder Bestrafung“ (Cloninger zitiert nach Spinath, 2005, S. 199).

Kennzeichen der **Vermeidungstendenz** seien „...hohe Ausprägung durch Ängstlichkeit, Vorsicht, Hemmung, Scheu, schnelle Ermüdbarkeit, Pessimismus und wenig Selbstbewusstsein...“ (Cloninger zit. n. Netter & Hennig, 2005, S. 77).

Und **Abhängigkeit von Belohnung** „...würde in Sentimentalität, sozialer Anhänglichkeit und vor allem einer starken Abhängigkeit von sozialen Verstärkern...“ deutlich. Dabei sei besonders das „...persistierende Bestreben nach Anerkennung...“ besonders hervorzuheben (Cloninger zit. n. Netter & Hennig, 2005, S. 77).

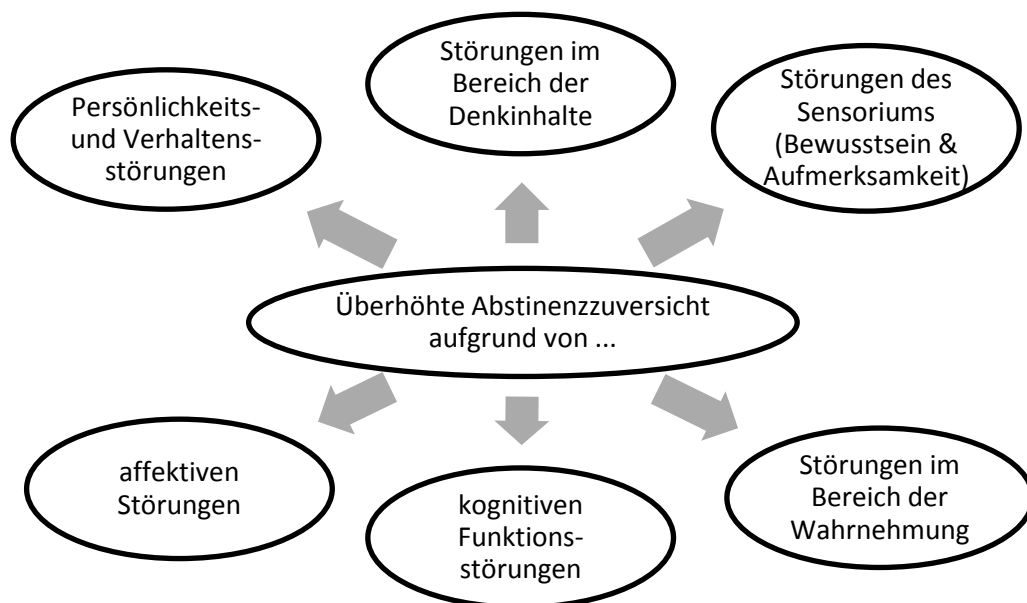
Vergleicht man die bisher vorgestellten Erklärungsmodelle mit den hier beschriebenen Temperamenten wird deutlich, dass unrealistischer Optimismus durchaus auch temperamentbedingt sein kann. Denn eine der Hauptthesen dieser Abschlussarbeit bisher war, dass die Überhöhung der Abstinenzzuversicht in vielen Fällen die Folge von erlernten Vermeidungsverhalten ist. Durch Cloningers „Vermeidungstyp“ muss diese These ausgeweitet werden, dass nämlich neben erlerntem Vermeidungsverhalten durchaus auch eine Überhöhung der Abstinenzzuversicht durch genetisch geprägte Temperamente verursacht sein kann.

Bei genauerer Betrachtung der Kategorie „**starke Abhängigkeit von Belohnung**“ (Eigenschaft des „Vermeidertyps“) kam der Verdacht auf, dass eine weitere Quelle *bestrafendes/verstärkendes Verhalten der Umwelt* für eine überhöhte Abstinenzzuversicht verantwortlich sein könnte. Vor allem bei Angehörigen ist stark zu vermuten, dass Zweifel eher negativ verstärkt und Hoffnung eher positiv verstärkt wird, da auch bei Ihnen der Gedanke an einen Rückfall, ähnliche Ängste

wie bei den Patienten verursachen könnte (z.B. Sorge vor Kontrollverlust). Aber auch bei professionellen Helfern ist diese Tendenz durchaus denkbar.

Da der „Vermeidertyp“ nach Soyka und Kűfner (2008) durch **ein geringes Neuigkeit suchendes Verhalten** geprägt ist, entstand auch die These, dass eine Überhöhung deswegen erzeugt werden könnte, da bewusst oder unbewusst versucht wird, neue Herausforderungen zu meiden. Wie wichtig das Aufsuchen neuer Herausforderungen im Rahmen der Therapie ist, wird in dem Therapiemanual zur qualifizierten Entzugsbehandlung deutlich (Mann et al., 2006). Denn in diesem Manual ist ein zentrales Therapieelement das Substituieren dysfunktionaler durch funktionale Verhaltensweisen und das Erleben korrigierender Erfahrungen (ebd.).

Zusammenfassend ist aus dem Kapitel 3 festzuhalten, dass ursächlich für eine überhöhte Abstinenzzuversicht das gesamte psychopathologische Spektrum sein könnte. Von daher sollte bei der Suche nach Antworten auf die Frage: „Wie lassen sich unrealistische Optimisten identifizieren?“ keiner der folgenden Bereiche von vorneherein ausgeschlossen werden.



*Abbildung 7 Überhöhte Abstinenzzuversicht und psychische Störungen*

Am plausibelsten für die meisten Patienten erschienen allerdings Theorien, die die Überhöhung auf starke Affekte, Lernprozesse, die Nervenzellen schädigende

Wirkung von Alkohol und auf angeborene und schwer beeinflussbare Temperamente zurückführen.

Aufbauend auf diesen Erklärungsmodellen soll im nächsten Kapitel betrachtet werden, wie man daraus Messinstrumente ableiten kann, um Patienten mit einer überhöhten Abstinenzsicherheit zu identifizieren.

## 4 Wie lassen sich unrealistische Optimisten identifizieren?

Das Hauptaugenmerk des vierten Kapitels liegt zum einen auf der Frage, inwieweit verschiedene Instrumente zur Messung der Selbstwirksamkeit unrealistische Optimisten identifizieren können und zum anderen, wie man diese Instrumente durch weitere Messverfahren, abgeleitet aus den in Kapitel 3 gesammelten Erklärungsmodellen, verbessern kann. Im ersten Schritt werden die verschiedenen Messinstrumente der Selbstwirksamkeit gesammelt und auf deren Aussagekraft, hinsichtlich unrealistischer Optimisten analysiert. Dabei wird ein besonderer Fokus auf die Ausgangsfrage gerichtet, nämlich ob es möglich ist, Patienten mit einer überhöhten Abstinenzzuversicht, alleine über eine Single-Item-Frage zu identifizieren.

Im zweiten Schritt, werden aus den in Kapitel 3 gesammelten Erklärungsmodellen, Instrumente zur Identifizierung von unrealistischen Optimisten abgeleitet, um dann abschließend Thesen zu sammeln, die dann im weiteren Teil dieser Arbeit überprüft werden.

### 4.1 Instrumente zur Messung der Selbstwirksamkeit

Kern dieses Unterabschnitts ist die Frage, inwieweit sich die unterschiedlichen Instrumente zur Messung der Selbstwirksamkeit zur Identifizierung von unrealistischen Optimisten eignen. Bei der Suche nach Messinstrumenten zur Selbstwirksamkeit fielen vor allem 3 große Gruppen auf, nämlich Fragen bzw. Fragebögen ...

1. zur allgemeinen Abstinenzzuversicht,
2. zur spezifischen Abstinenzzuversicht
3. und zur allgemeinen Selbstwirksamkeit.

Während es bei der Messung der **allgemeinen Abstinenzzuversicht** ganz allgemein um die Frage geht, ob sich Menschen zutrauen, in Zukunft keinen Alkohol mehr zu trinken, geht es bei der Frage nach der

**spezifischen Abstinenzzuversicht** um ganz konkrete Situationen, bei denen es häufig bei der Bewältigung von Suchterkrankungen zu Problemen kommt. Die unspezifischste Form zur Messung der Selbstwirksamkeit sind Fragen bzw. Fragebögen, die nach der allgemeinen Selbstwirksamkeit fragen. Bei der **allgemeinen Selbstwirksamkeit** geht es um die Frage, ob sich Menschen Probleme jeglicher Art zutrauen zu lösen.

Oei, Hasking und Phillips (2007) weisen darauf hin, dass zahlreiche Studien deutlich machen, dass Fragen nach der spezifischen Abstinenzzuversicht mehr Aussagekraft auf zukünftiges Verhalten haben, als Fragen zur allgemeinen Selbstwirksamkeit. Allerdings entkräfteten sie diese These durch ihre Studie, indem sie ein „community sample“ (N = 298) mit einem „clinical sample“ (N = 296) verglichen und zu dem Ergebnis kamen, dass bei dem „community sample“ die spezifische Abstinenzzuversicht und bei dem „clinical sample“ die Fragen zur allgemeinen Selbstwirksamkeit mehr Aussagekraft hatte.

Leider konnten keine Studie gefunden werden, die direkte Aussagen über die Frage zuließ, wie sich unrealistische Optimisten über die allgemeine Selbstwirksamkeit identifizieren lassen. Anders war dies bei Studien zur allgemeinen und spezifischen Abstinenzzuversicht. Hier stachen vor allem eine Studie von Goldbeck et al. (1997) und eine Studie von Ilgen et al. (2005) hervor, die im Folgenden näher vorgestellt werden.

#### 4.1.1 Prognostischer Wert vom Single Item Fragen

Der Ausgangspunkt dieser Arbeit war der Eindruck, dass Patienten die während der Therapie auf eine Single-Item-Frage zur allgemeinen Abstinenzzuversicht eine absolute Zuversicht äußern (10), signifikant häufiger rückfällig werden, als Patienten die auf folgender Skala 8 oder 9 antworten.

|   |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                |
|---|-------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----------------|
| Wie zuversichtlich sind Sie, dass es Ihnen gelingen wird, nach Abschluss der Behandlung keinen Alkohol mehr zu trinken? |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                |
| gar   | nicht | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | extrem         |
| zuversichtlich  |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    | zuversichtlich |

In anderen Worten, es wird vermutet, dass es sich bei den „8ern“ und „9ern“ eher um realistische Optimisten handelt und bei den „10ern“ eher um unrealistische Optimisten. Leider konnte auch hier keine Studie gefunden werden, die die beiden Gruppen miteinander vergleicht (Gruppe 1 = „8er“ und „9er“; Gruppe 2 = „10er“), sondern es wurde lediglich zwischen den Patienten, die eine absolute Zuversicht äußern und den Patienten die keine absolute Abstinenzzuversicht äußern, verglichen (Goldbeck et al., 1997; Ilgen et al., 2005). Dies lässt vermuten, dass entweder keine statistische Auffälligkeit zwischen der Gruppe der „8er und 9er“ und der Gruppe der „10er“ bei Goldbeck et al. (1997) und Ilgen et al. (2005) gefunden werden konnte oder dass dies nicht explizit getestet wurde.

Um die Gruppe der „8er und 9er“ mit der Gruppe der „10er“ zu vergleichen ist es aber dennoch von hoher Relevanz, in die genannten Studien genauer zu schauen, da man für die Beantwortung der These sowohl wissen muss, wie häufig die „8er und 9er“ und wie häufig die „10er“ rückfällig werden. Auf die „10er“ lassen die genannten Studien durchaus Aussagen zu.

Sowohl Goldbeck et al. (1997) als auch Ilgen et al. (2005) führten ihre Untersuchung in einem zu dem des Autors (Stationäre qualifizierte Entzugsbehandlung) vergleichbaren Setting durch. Des Weiteren haben beide genannten Studien vor der Frage nach der allgemeinen Abstinenzzuversicht die spezifische Abstinenzzuversicht über den SCQ von Annis (1986) getestet. Erst danach haben beide über eine Single Item Frage nach der allgemeinen Abstinenzzuversicht gefragt. Die Single Item Fragen beider Studien unterschieden sich vor allem hinsichtlich des Prognosezeitraums von 3 (Goldbeck et al., 1997) und 12 Monaten (Ilgen et al., 2005). Die Skalen unterschieden sich in der Skalenrichtung und der Anzahl der Stufen.



At present, how confident are you that you will remain abstinent over the next 3 months?

Very confident      **1** 2 3 4 5 6 7      Not confident at all

Absolute Abstinenzzuversicht      Keine absolute Abstinenzzuversicht

---

How confident are you, that you will be completely abstinent in 1 year?

Not at all confident      1 2 3 4 5 6 7 8 9 **10**      Extremely confident

Abbildung 8 Vergleich der Single Item fragen von Goldbeck, Myatt und Aitchison (1997) (oben) und Ilgen, McKellar und Tiet (2005) (unten)

Bei Goldbeck et al. (1997) waren bei dem 3-Monats-Follow-Up insgesamt ca. 76% aller Probanden rückfällig (45/59). Bei der Gruppe der Patienten mit einer absoluten Abstinenzzuversicht lag die Rückfallquote bei 56% und die Rückfallquote bei den Patienten, die keine absolute Abstinenzzuversicht äußerten, lag der Wert bei 94%.

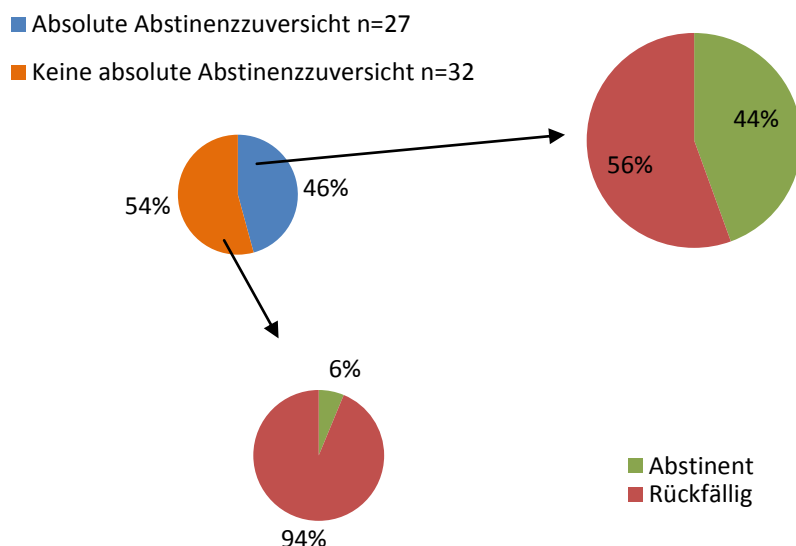


Abbildung 9 Rückfallwahrscheinlichkeit bei absoluter und nicht absoluter Abstinenzzuversicht nach Goldbeck, Myatt, und Aitchison (1997)

Bei dem 12-Monats-Follow-Up von Ilgen et al. (2005) waren insgesamt 69% rückfällig (1535/2231). Bei der Gruppe der Patienten mit einer absoluten Abstinenzzuversicht, lag die Rückfallquote bei 57%, und die Rückfallquote bei den Patienten, die keine absolute Abstinenzzuversicht äußerten, lag der Wert bei 74%.

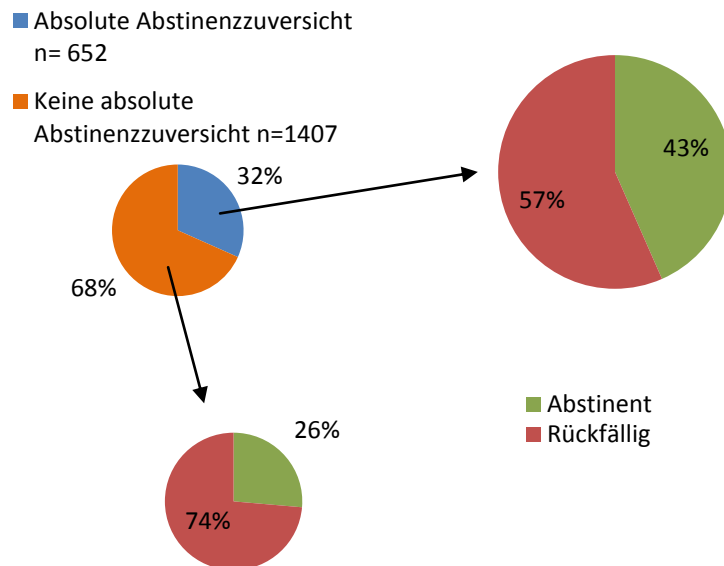


Abbildung 10 Rückfallwahrscheinlichkeit bei absoluter und nicht absoluter Abstinenzzuversicht nach Ilgen, McKellar und Tiet (2005)

Betrachtet man die Zahlen der Patienten mit einer absoluten Abstinenzzuversicht, kann man beobachten, dass sowohl die Rückfallquoten bei Ilgen et al. (2005) als auch bei Goldbeck et al. (1997) nahezu identisch sind. Bei einem Verhältnis von 43% Abstinente zu 57% Rückfälligen (Ilgen et al., 2005) oder 44% Abstinente zu 56% Rückfälligen (Goldbeck et al., 1997) wird deutlich, dass über diesen Weg ganz klar keine Identifizierung von unrealistischen Optimisten möglich ist.

Allerdings muss man an dieser Stelle nochmals betonen, dass bei beiden Studien, vor der Frage nach der allgemeinen Abstinenzzuversicht, zunächst über den SCQ, nach der spezifischen Abstinenzzuversicht gefragt wurde und sich dies auf die beschriebenen Zahlen ausgewirkt haben könnte. Denn es ist logisch, dass wenn vor der Frage nach der „allgemeinen Abstinenzzuversicht“, die Patienten über den SCQ mit zahlreichen typischen Risikosituationen konfrontiert werden, eher ein Gefühl der Insuffizienz aufkommt, als wenn man isoliert nach der allgemeinen

Abstinenzzuversicht gefragt hätte. Also wird vermutet, dass sich durch den SCQ die Anzahl der Patienten mit einer absoluten Abstinenzzuversicht verringert haben könnte.

#### **4.1.2 Prognostischer Wert spezifischer Abstinenzzuversichtsskalen**

Aus dem letzten Abschnitt kann man die These ableiten, dass es möglich sein könnte, unrealistische Optimisten über die spezifische Abstinenzzuversicht zu identifizieren. Denn es wird vermutet, dass sich die Aussagekraft der Abstinenzzuversicht erhöht, wenn Patienten über Fragebögen zur „spezifischen Abstinenzzuversicht“, mit typischen Alkohol-Rückfall-Situationen konfrontiert werden. Hierfür spricht die Beobachtung von Loeber, Croissant, Heinz und Flor (2006), die einen Zusammenhang zwischen Konfrontation mit Risikosituationen, Anspannung bzw. Craving und verringerter Selbstwirksamkeit sahen. Diese Beobachtung deckt sich mit den bereits dargestellten Beobachtungen (siehe Kapitel 3, Abbildung 4) von Bandura (1977).

Auf der Suche nach Antworten auf die Frage „Lassen sich unrealistische Optimisten über die spezifische Abstinenzzuversicht identifizieren?“ fiel auf, dass es zahlreiche unterschiedliche Fragebögen zur spezifischen Abstinenzzuversicht gibt. Um sich einen Überblick zu verschaffen und die Ergebnisse am Ende richtig einordnen zu können, wurden zunächst alle Fragebögen aus dieser Kategorie gesammelt. Diese werden auf der folgenden Seite kurz beschrieben.

*Tabelle 3      Messinstrumente zur spezifischen Abstinenzzuversicht*

| Name des Fragebogens   | Entwickler                                  | Kurzbeschreibung/ Besonderheiten  |                             |                    |                      |                      |                     |                  |                      |                             |
|--|---|---|-----------------------------|--------------------|----------------------|----------------------|---------------------|------------------|----------------------|-----------------------------|
| Situational Confidence Questionnaire   | SCQ-100 (Annis, 1986)                       | Der Situational Confidence Questionnaire bestand ursprünglich aus insgesamt 100 Items. Alle diese Items bezogen sich auf folgende Hochrisikosituationen abgeleitet von Marlatt und Gordons Typologie:   |                             |                    |                      |                      |                     |                  |                      |                             |
|  |   | <table><tr><td>conflict with others;</td><td>social pressure</td><td>pleasant emotions;</td><td>physical discomfort;</td></tr><tr><td>urges &amp; temptations</td><td>Testing control;</td><td>unpleasant emotions;</td><td>pleasant times with others.</td></tr></table>   | conflict with others;       | social pressure    | pleasant emotions;   | physical discomfort; | urges & temptations | Testing control; | unpleasant emotions; | pleasant times with others. |
|  |   | conflict with others;   | social pressure             | pleasant emotions; | physical discomfort; |                      |                     |                  |                      |                             |
| urges & temptations  | Testing control;                            | unpleasant emotions;  | pleasant times with others. |                    |                      |                      |                     |                  |                      |                             |
| Verschiedene Versionen des SCQ wurden entwickelt (SCQ-100/ -39/ -35/ -15/ -8). Ziel dabei war stets die Anzahl der Items zu kürzen und somit die Praxistauglichkeit zu erhöhen (Breslin, Sobell, Sobell, & Agrawal, 2000). |   |   |                             |                    |                      |                      |                     |                  |                      |                             |
| Abstinence Self-Efficacy Scale (AASE)  | DiClemente, Carbonari und Montgomery (1994) | <p>Laut Allen und Wilson (2003) handelt es sich um einen insgesamt 40 Item großen Fragebogen. Diese 40 Items seien in 20 Fragen zur Zuversicht und in 20 Fragen zur Versuchung aufgeteilt. Die jeweils 20 Fragen beziehen sich auf 4 unterschiedliche typische Trinksituationen ((1) Negativer Affekt, (2) Sozialer Druck, (3) Körperliche und andere Sorgen, (4) Entzugssymptome).</p> <p>Bei den Antwortmöglichkeiten handelt es sich um stets 5 stufige Likert-Skalen mit der Spannweite von 0 (gar keine Zuversicht/ Versuchung) bis 4 (sehr große Zuversicht/ Versuchung).</p> |                             |                    |                      |                      |                     |                  |                      |                             |
| Kurzfragebogen zur Abstinenzzuversicht (KAZ-35)  | Körkel und Schindler (1996)                 | <p>Laut der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (kein Datum) handelt es sich hierbei um einen 35 Item großen Fragebogen zur Messung der Abstinenzzuversicht. Die 35 Items sind in 4 Gruppen unterteilt ((1) unangenehme Gefühle, (2) Trinken kontrollieren, (3) sozialer Druck, (4) angenehme Gefühle).</p> <p>Der KAZ-35 ist aus dem SCQ-100 von Sandahl et al. (zitiert nach Körkel &amp; Schindler, 1996) entstanden.</p>   |                             |                    |                      |                      |                     |                  |                      |                             |

Bei der Suche nach Antworten auf den prognostischen Wert der „spezifischen Abstinenzzuversicht“ fiel vor allem die Studie von Zingg et al. (2008) auf, der selbst die Aussagekraft getestet und einige Studien zitiert hat, die dies ebenfalls untersuchten. Zingg et al. (2008) verwendeten die „Alcohol Abstinence Self-Efficacy“ (AASE) Skala, welche wie der SCQ ein Instrument zur Messung der spezifischen Abstinenzzuversicht ist. Der AASE wurde bei insgesamt 169 Patienten angewandt und das Ergebnis war, dass man über dieses Instrument bezogen auf die Katamnesezeitpunkte 6, 12 und 24 Monate den Behandlungserfolg zuverlässig vorhersagen kann (2008, S. 307). Rudolf und Bernice Moos (2006) kamen zu den gleichen Ergebnissen hinsichtlich der Katamnesezeitpunkte 3, 8 und 16 Jahre nach der Behandlung. Im Gegensatz zu Zingg et al. (2008) nutzen Rudolf und Bernice Moos (2006) 10 Items, die sie aus dem SCQ adaptiert haben. Insgesamt hatten diese Items eine interne Konsistenz von 0,93 und an der Studie haben 461 Probanden teilgenommen. Aber nicht nur Rudolf und Bernice Moos (2006) haben die Ergebnisse von Zingg et al. (2008) bekräftigt, sondern auch eine Studie von Vielva und Iraurgi (2001), die ebenfalls bezogen auf 6 Monate die Befunde bestätigten. Diese Ergebniss bauten auf einer Befragung von 201 Patienten auf, die während der Behandlung über den „The Alcohol Confidence Questionnaire – ACQ“befragt wurden. Da bei der Nennung des ACQ’s auf den SCQ von Annis (1986) verwiesen wird, wird davon ausgegangen, dass es sich lediglich um eine andere Bezeichnung handelt; auch wenn Restzweifel bleiben.

Bei der Analyse dieser Studien entstand der Eindruck, dass diese Studien ganz allgemein auf den prognostischen Wert der spezifischen Abstinenzzuversicht achteten, aber nur bedingt Augenmerk auf Patienten legten, die im Zentrum dieser Arbeit stehen.

Anders war dies wiederum bei Goldbeck et al. (1997), der explizit bei seinen Auswertungen auf die Kernproblematik dieser Arbeit Bezug nahm. Goldbeck et al. (1997) verwendeten zur Messung der spezifischen Abstinenzzuversicht den Situational Confidence Questionnaire (SCQ) von Annis (1986). In der Fachliteratur konnten 5 verschiedene Formen des Situational Confidence Questionnaire (SCQ) gefunden werden. Diese unterschieden sich vor allem in der

Anzahl der Fragen (Breslin, Sobell, Sobell, & Agrawal, 2000). Die erste und längste Version, der SCQ-100, besteht aus 100 Fragen und die kürzeste Version, der Brief Situational Confidence Questionnaire (BSCQ), besteht aus 8 Fragen. Gemeinsam haben sie alle 5, dass sie auf die 8 von Marlatt definierten Hoch-Risiko-Situationen für einen Rückfall in alte Konsummuster aufbauen.

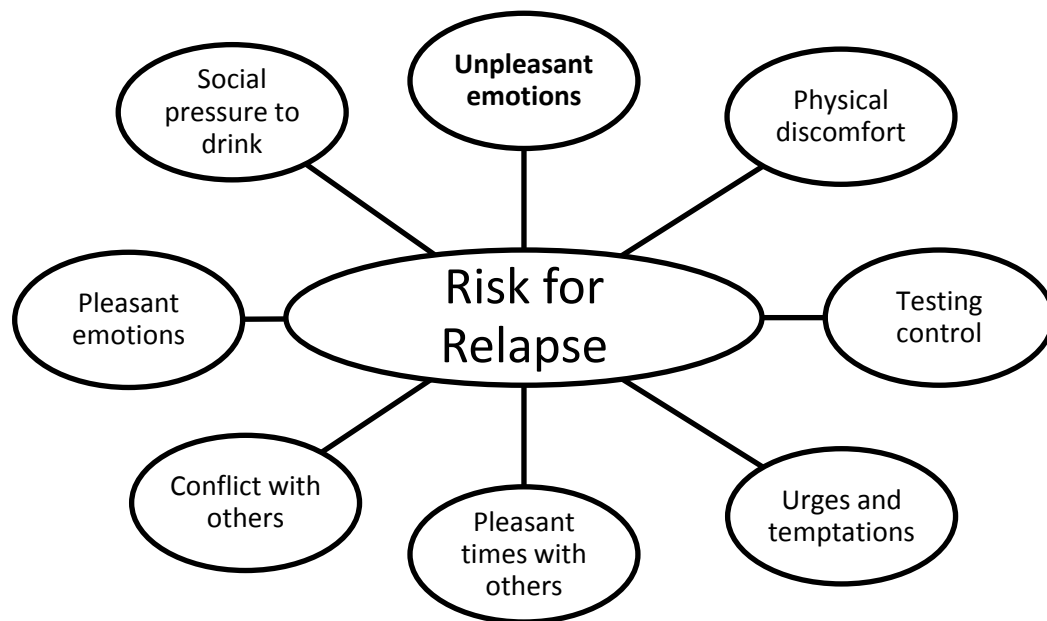


Abbildung 11 Typische Rückfallsituationen nach Marlatt und Gordon (1985)

Während der von Goldbeck et al. (1997) genutzte SCQ-100 die 8 Gruppen durch verschiedene Fragen genauer spezifiziert, differenziert der BSCQ nicht weiter und fragt die Zuversicht hinsichtlich der 8 Risikosituationen (siehe Abbildung 11) im folgenden Design ab.

|   |    |     |     |     |      |                   |
|---|----|-----|-----|-----|------|-------------------|
| Right now, I feel I would be able to resist the urge to drink or use other drugs in situations involving <b>unpleasant emotions</b> |    |     |     |     |      |                   |
| Not at all confident  | 0% | 25% | 50% | 75% | 100% | Totally Confident |

Der SCQ-100 von Anis hingegen, den auch Goldbeck et al. (1997) in ihrer Studie nutzten, werden die Kategorien wie „Unpleasant Emotions“ und „Testing Control“ näher ausdifferenziert. Bei „Unpleasant Emotions“ wird zum Beispiel über verschiedene Fragen in Erfahrung gebracht, wie die Abstinenzzuversicht in

verschiedenen unangenehmen Gefühlszuständen ist (z.B. Traurigkeit, Angst und Wut).

Bei der Auswertung des SCQ differenzierten Goldbeck et al. (1997) zwischen Patienten mit einer sehr hohen Abstinenzzuversicht ( $>94$ ) und Patienten, die unter diesem Wert lagen ( $<94$ ). 100 stellte den Wert mit der höchsten spezifischen Abstinenzzuversicht dar.

Das Ergebnis der genannten Studie war, dass 8 von 10 Patienten (80%) die einen größeren SCQ-Wert als 94 hatten, nach 3 Monaten noch abstinent waren. Von den Patienten, bei denen ein SCQ-Wert kleiner als 94 heraus kam ( $N = 49$ ), wurden 43 rückfällig (88%) (Goldbeck et al, 1997).

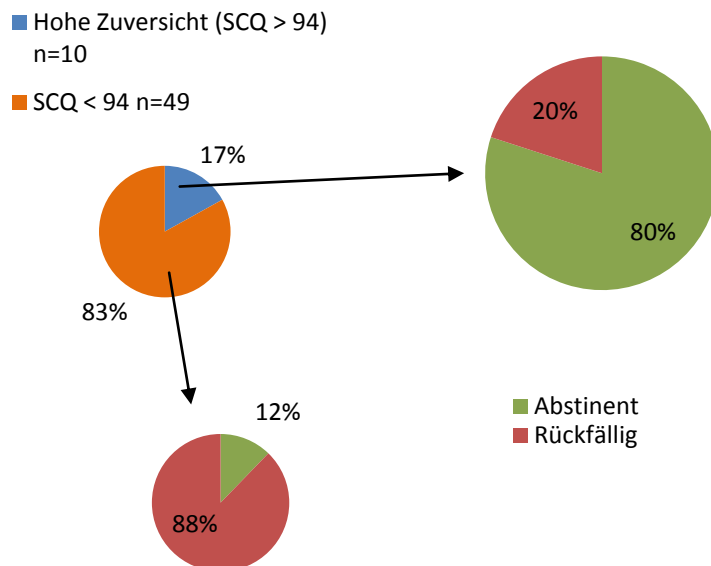


Abbildung 12 Rückfallwahrscheinlichkeit bei SCQ-Wert > 94 nach Goldbeck, Myatt und Aitchison (1997)

Die Studie von Goldbeck et al. (1997) konnte die These bekräftigen, dass die Nutzung von Skalen zur Messung der „spezifische Abstinenzzuversicht“ eine Möglichkeit sein könnte, die Annahme zu testen, ob es sich bei bestimmten Patienten tatsächlich um unrealistische Optimisten handelt.

Den großen Unterschied in der Messgenauigkeit zwischen der „spezifischen“ und „allgemeinen“ Abstinenzzuversicht erklären sich Goldbeck et al. (1997) durch den sogenannten Deckeneffekt bei der allgemeinen Abstinenzzuversicht. Der Deckeneffekt steht für eine fehlerhafte empirische Messung, bei dem die gemessenen Variablen im oberen Bereich nicht ausreichend differenzieren (Urban & Mayerl, 2008).

#### **4.1.3 Veränderung der spezifischen Abstinenzzuversicht während der Therapie**

Hoch interessant ist auch, dass Studien darauf hinweisen, dass durchaus der Zeitpunkt bzw. die Veränderung zwischen 2 Messpunkten ein wesentliches Element für die prognostische Aussagekraft der spezifischen Abstinenzzuversicht ist. Während die meisten Studien darauf hinweisen, dass ein signifikant höherer Anstieg der Selbstwirksamkeit während der Therapie in Korrelation mit einem Behandlungserfolg einhergeht (Zingg et al., 2008), wurde in der Studie von Schneider, Brenner, Funke und Garbe (2002) ein widersprechendes Ergebnis beobachtet. Denn bei ihnen fällt auf, dass ein signifikant geringerer Anstieg eher für einen späteren Behandlungserfolg steht als umgekehrt. Schneider et al. (2002) hatten 2 Messzeitpunkte, nämlich am Anfang und am Ende der Therapie. Sie haben die „spezifische Abstinenzzuversicht“ über den KAZ-35 (siehe Tabelle 3) gemessen.

Die widersprüchlichen Ergebnisse sind sehr wahrscheinlich vor allem dadurch zu erklären, dass sich Schneider et al. (2002) auf Therapiewiederholer und nicht auf die breite Masse der Alkoholpatienten in Therapieeinrichtungen fokussieren, wie dies nach ersten Einschätzungen bei den anderen Studien der Fall war. Es fiel in der Studie von Schneider et al. (2002) auf, dass viele der Therapiewiederholer schon zu Beginn eine sehr hohe Abstinenzzuversicht hatten.

Für die Frage dieser Arbeit, könnte man die These ableiten, dass es ein Merkmal unrealistischer Optimisten ist, dass sie Therapiewiederholer sind und schon am Anfang der Therapie außerordentlich hohe Abstinenzzuversichtswerte angeben.

An dieser Stelle wäre es interessant, weitere Studien zu suchen, die sich auf Therapiewiederholer fokussiert haben, beziehungsweise eigene Untersuchungen



diesbezüglich anzustellen, da dies als ein stets hoch aktuelles Thema für die Versorgungslandschaft von Patienten mit Suchterkrankungen weltweit zu sein scheint.

#### **4.1.4 Alternative Messinstrumente der Abstinenzzuversicht**

In diesem Abschnitt werden alternative Messinstrumente zur Abstinenzzuversicht zusammengefasst. "Alternativ" weil (1) das eine Instrument dadurch gekennzeichnet ist, dass scheinbar ungewöhnlich über die Nikotin-Abstinenzzuversicht nach der Alkohol-Abstinenzzuversicht gefragt wird und weil (2) das andere Instrument dadurch gekennzeichnet ist, dass es nicht nach der eigenen Abstinenzzuversicht wie üblich fragt, sondern nach der Rückfallgefahr der anderen Mitpatienten.

(1) Demmel und Nicolai (2009) haben Nikotin- und Alkoholabhängige Patienten sowohl nach der Alkohol- als auch nach der Tabak-Abstinenzzuversicht befragt. Diese Ergebnisse wiesen darauf hin, dass es sein könnte, über die Nikotin-Abstinenzzuversicht eher verlässliche Aussagen zu bekommen als über die Alkohol-Abstinenzzuversicht. Sollte sich dieser Verdacht durch weitere Studien erhärten, wird vermutet, dass dies darauf zurückzuführen ist, dass ein Scheitern hinsichtlich des Rauchens eher sozial toleriert wird als ein Scheitern hinsichtlich des Alkohols. Eine weitere Theorie ist dass, wahrscheinlich zu Unrecht, dem Trinkstopp eher Willensstärke beigemessen wird als beim Rauchen.

Ein weiteres „alternatives“ Messinstrument fragt anstatt nach der eigenen Abstinenzzuversicht nach der Rückfallgefahr der Mitpatienten. Diese Messmöglichkeit wird aus einer Studie von Demmel et al. (2006) abgeleitet, die Patienten sowohl nach der eigenen Abstinenzzuversicht gefragt haben als auch nach der Rückfallwahrscheinlichkeit aller Mitpatienten.

Bei der Auswertung dieser Fragen kam heraus, dass bezogen auf die tatsächliche Abstinenz nach 3 Monaten, die Zuversicht bezogen auf die Mitpatienten ein zuverlässigerer Prädiktor für Rückfälle ist als die eigene Abstinenzzuversicht (Demmel et al., 2006). Diese Beobachtung deckt sich mit einer Studie von Demmel und Beck (2004), die in einer Querschnittsstudie zu den Ergebnissen kamen, dass Patienten eher dazu neigen, ihre eigene Abstinenzzuversicht

optimistischer zu bewerten, als die der anderen und dass die Selbstwirksamkeit positiv mit der Einschätzung des Behandlungserfolgs der anderen korreliert. Mögliche Gründe für das Aufwerten sehen Demmel und Beck (2004) darin, dass Patienten wohl damit versuchen, das eigene Selbstbewusstsein wieder aufzubauen und damit versuchen, in Anbetracht entmutigender Wahrscheinlichkeiten ein positives Selbstkonzept zu unterstützen. Des Weiteren leiten Demmel et al. (2006) aus der Studie von Demmel und Beck (2004) ab, dass Patienten bei der Einschätzung der Mitpatienten ihre eigene Abstinenzzuversicht als Orientierung nutzen.

## **4.2 Ergänzende Messmöglichkeiten**


In der Einführung dieser Arbeit wurde die These definiert, dass es alleine durch die Single-Item Frage von Miller und Rollnick (2004) möglich sein könnte, unrealistische Optimisten zu identifizieren. Diese These wurde durch die Studien von Goldbeck et al (1997) und Ilgen et al. (2005) stark entkräftet. Geeignet nach Goldbeck et al. (1997) scheint viel mehr die Verwendung des SCQ, der immerhin aus 100 Fragen besteht und somit für Praktiker wenig alltagstauglich erscheint. Die Frage, inwieweit kürzere Fragebogen zur spezifischen Abstinenzzuversicht ebenfalls verlässlich unrealistische Optimisten vorhersagen, konnte die Recherche bisher nicht beantworten. Aber auch bei kürzeren Formen, zum Beispiel dem Brief Situational Confidence Questionnaire (Breslin et al., 2000), handelt es sich um mindestens 8 Fragen. Somit rückt die in der Einleitung ebenfalls aufgeworfene Frage in den Vordergrund: „Kann man die Single-Item-Frage zur allgemeine Abstinenzzuversicht nicht durch wenige Fragen ergänzen und somit unrealistische Optimisten schnell und verlässlich identifizieren?“. Genau mit dieser Frage beschäftigte sich auch Goldbeck et al. (1997) und kam zu dem Ergebnis, dass lediglich 2 weitere Fragen ausreichen, um mit 88-prozentiger Wahrscheinlichkeit unrealistische Optimisten zu identifizieren. Diese Ergebnisse werden im Kapitel 4.2.1 näher beleuchtet, um dann in den fortgesetzten Abschnitten, ähnlich wie Goldbeck et al. (1997), ergänzende Fragen zur Abstinenzzuversicht zu generieren.

#### 4.2.1 Identifizierung durch den „Prognostic tree for abstinence“


Goldbeck et al. (1997) haben in einer Studie nach besonders prognostisch aussagekräftigen Variablen gesucht und ihre Ergebnisse in einem „Prognostic tree for abstinence“ zusammengefasst.

Demnach identifiziert man am besten unrealistische Optimisten, indem man die Frage nach der allgemeinen Abstinenzzuversicht mit der Einschätzung des Bezugstherapeuten und dem wahrgenommenen Hilfebedarf des Patienten wie folgt kombiniert (ebd.):

|  |   |   |   |   |   |   |   |                      |  |
|--|---|---|---|---|---|---|---|----------------------|--|
| At present, how confident are you that you will remain abstinent over the next 3 months? |   |   |   |   |   |   |   |                      |  |
| Very confident   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Not confident at all |  |



|   |   |   |   |   |   |   |   |                      |  |
|---|---|---|---|---|---|---|---|----------------------|--|
| How confident are you at present that your client will remain abstinent over the next 3 months? |   |   |   |   |   |   |   |                      |  |
| Very confident  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Not confident at all |  |



|   |   |   |   |   |   |   |   |                |  |
|---|---|---|---|---|---|---|---|----------------|--|
| Over the next 3 months, how much help do you think you will need to remain abstinent? |   |   |   |   |   |   |   |                |  |
| A lot of help   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | No help at all |  |

*Abbildung 13 Aussagekräftigste Fragenkombination zur Identifizierung von unrealistischen Optimisten*

Dabei kam heraus, dass die Therapeuten, bezogen auf die Patienten mit einer absoluten Abstinenzzuversicht, in ca. 70% aller Fälle mit ihrer Einschätzung richtig lagen (19/27). Wenn die Therapeuten ambivalent (Skalenwert 4) oder sogar tendenziell pessimistisch waren (Skalenwert 5-7), stimmte diese Einschätzung in ca. 68% aller Fällen (13/19). In Fällen, in denen die Behandler tendenziell optimistisch waren, stimmte das in ca. 75% aller Fälle (6/8).

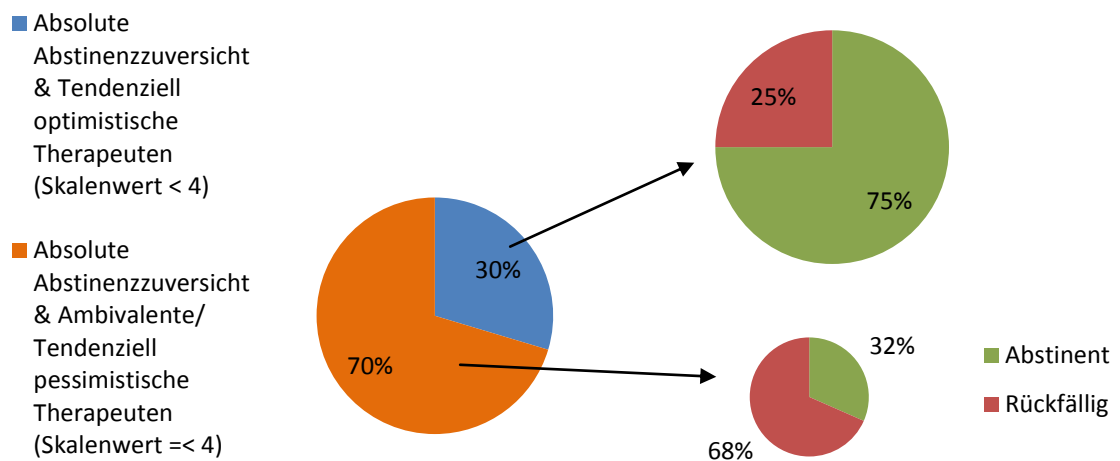


Abbildung 14 Prognostische Therapeuteneinschätzung bei absoluten Optimisten nach Goldbeck, Myatt und Aitchison (1997)

Das spannendste Ergebnis für diese Arbeit ist allerdings, dass zusätzlich durch die Frage nach dem Hilfebedarf im Anschluss der Therapie unrealistische Optimisten mit einer 100 prozentigen Wahrscheinlichkeit zusätzlich identifiziert werden konnten (10/10).

Alle absoluten Optimisten, die bei der Frage nach dem Hilfebedarf einen Skalenwert von  $< 4$  angegeben haben ( $< 4 \triangleq$  erhöhter Hilfebedarf) und bei denen die Therapeuten skeptisch waren (skeptisch  $\triangleq < 4$ ), wurden rückfällig (N = 10).

Auch die Zahlen der absoluten Optimisten, die keinen Hilfebedarf sehen und bei denen die Therapeuten skeptisch waren sind interessant, weil man bei dieser Gruppe sagen kann, dass die Skepsis der Bezugstherapeuten in 6 von 9 Fällen (67 %) unberechtigt war. Somit lag auffällig häufig eine Fehleinschätzung der Therapeuten vor. Die zuletzt genannte Beobachtung ist ein interessantes Nebenergebnis, da eigentlich der klinische Eindruck besteht, dass wenn Patienten einen Nachsorgebedarf sehen, dies eher einen Schutz-, als einen Risikofaktor darstellt und somit diese These durch diese Beobachtung in Frage gestellt wird.

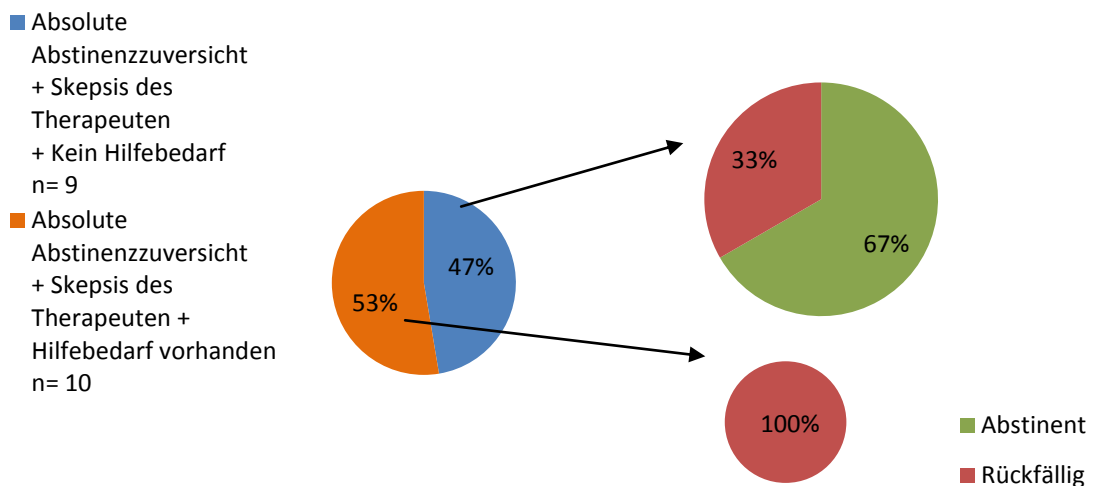


Abbildung 15 Rückfallrate bei absoluten Optimisten, optimistischen Therapeuten und Patienten, die keinen weiteren Hilfebedarf sehen, nach Goldbeck, Myatt und Aitchison (1997)

#### **4.2.2 Identifizierung durch den Schweregrad der Alkoholabhängigkeit**

Im Folgenden sollen im Stil des „Prognostic tree for abstinence“ von Goldbeck et al. (1997) Fragen gesammelt werden, denen ebenfalls das Potential beigemessen wird, unrealistische Optimisten verlässlich zu identifizieren. Hauptquelle für diese Sammlung ist vor allem die in Kapitel 3 vorgestellte Recherche nach Erklärungsmodellen zur inflationären Abstinenzzuversicht. Dabei fiel insbesondere die Beobachtung auf, dass unrealistischer Optimismus vom Schweregrad der Alkoholabhängigkeit bedingt sein könnte. Für diese These spricht vor allem eine Studie von Zingg et al. (2008), die zu dem Ergebnis kommen, dass „...Patienten mit leichter bis mittlerer Beeinträchtigung durch ihre Alkoholabhängigkeit von Interventionen zur Förderung der Selbstwirksamkeit (...) besonders zu profitieren scheinen.“ (S. 313) und dass dies bei Patienten mit einer schweren Abhängigkeit wohl weniger der Fall zu sein scheint (ebd.). Schwer Beeinträchtigte fielen dadurch auf, (1) dass sie häufiger ledig oder geschieden sind, (2) dass sie häufiger arbeitslos sind und (3) dass sie einen höheren Alkoholgebrauch an den Tag legten. Somit wäre es für weitere Studien hoch interessant zu wissen, ob es bei diesen 3 Variablen einen signifikanten Unterschied zwischen rückfälligen Optimisten und abstinenten Optimisten gibt.

Wenn sich dieser Verdacht tatsächlich erhärtet, wäre dies auch ein weiteres Argument, dass die Weltgesundheitsorganisation (WHO) der American Psychological Association (APA) schnell folgt und das aktuelle kategoriale Diagnosesystem zwischen Abhängigkeit und Missbrauch auflöst und in ein dimensionales Störungsmodell zusammenfasst, welches zwischen „leichter“, „mittlerer“ und „schwerer Substanzgebrauchsstörung“ unterscheidet (Falkai, 2015).

| <b>Diagnose</b> | <b>Schweregrad</b> | <b>Anzahl der Symptome</b> |
|-----------------|--------------------|----------------------------|
| F10.10          | Leicht             | 2 bis 3                    |
| F10.20          | Mittel             | 4 bis 5                    |
| F10.30          | Schwer             | 6 oder mehr                |

#### 4.2.3 Identifizierung durch Instrumente zur Messung von emotionalen Störungen

Im Kapitel mit den Erklärungsmodellen für eine überhöhte Abstinenzzuversicht wurde in einem eigenen Abschnitt darauf hingewiesen, dass eine überhöhte Abstinenzzuversicht auf eine Störung der Stimmung zurückzuführen sein könnte. In diesem Zusammenhang wurde zwischen Dysphorie und Euphorie differenziert. Es wurden bewusst anstatt „depressiver Episode“ (Dilling, 2010, S. 149) und „manischer Episode“ (Dilling, 2010, S. 141) Dysphorie und Euphorie verwendet, da bei unrealistischen Optimisten weniger ein vollständiges Krankheitsbild vermutet wird, als dass vielmehr bestimmte Symptome dieser Störungen herausstechen und für eine Überhöhung verantwortlich sind. Typische Störungen des emotionalen Erlebens werden bei einer Großzahl von unrealistischen Optimisten in folgenden Bereichen vermutet:

| Typische manische Symptome<br>ICD-10 ->(Dilling, 2010, S. 143)                                      | Typische depressive Symptome<br>ICD 10 ->(Dilling, 2010, S. 149) |
|---|--|
| „Die Stimmung ist situationsinadäquat gehoben...“   | „Schuldgefühle und Gefühle der Wertlosigkeit...“                 |
| „Die Selbsteinschätzung ist aufgeblasen, Größenideen oder maßloser Optimismus werden frei geäußert“ | „Vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen“.             |

Vor allem vermindertes Selbstwertgefühl mag zwar paradox klingen, erscheint aber wiederum logisch, wenn man sich das Erklärungsmodell von Demmel und Rist (2004) vergegenwärtigt, dass eine überhöhte Abstinenzzuversicht durchaus auf einen vermeidenden Bewältigungsstil zurückzuführen sein kann.

Aufbauend auf diese Ergebnisse wird es für weitere Untersuchungen als interessant angesehen, zunächst in Erfahrung zu bringen, welche Fragebögen sich zur Messung von affektiven Störungen wohl am besten eignen, um dann im nächsten Schritt nach signifikanten Gruppenunterschieden zwischen später rückfälligen und später abstinenten Patienten zu suchen.

## **5 Zusammenfassung und Ausblick auf den empirischen Teil der Arbeit**

In der Einleitung wurden 3 Fragen aufgeworfen:

1. „Wie lassen sich unrealistische Optimisten identifizieren?“,
2. „Lassen sich unrealistische Optimisten über die Skalierungsfrage und die Therapeuteneinschätzung identifizieren?“
3. „Wo sollte der therapeutische Zielkorridor liegen?“

In diesem Kapitel wird kurz der Zwischenstand der Literaturrecherche zusammengefasst, um darauf aufbauend einen groben Überblick über die weitere Bearbeitung der Fragestellungen zu geben.

Hinsichtlich der Frage „Wie lassen sich unrealistische Optimisten identifizieren?“ war die Hauptthese, dass sich unrealistische Optimisten über die Skalierungsfrage und die Therapeuteneinschätzung identifizieren lassen.

Bezüglich dieser These konnte nur die Studie von Goldbeck et al. (1997) gefunden werden, die zu dem Ergebnis kam, dass sich über diese beiden Items 68% aller unrealistischen Optimisten identifizieren lassen.

Für eine scheinbar absolut sichere Identifizierung (100%), müsse man die Patienten- und Therapeuteneinschätzung durch eine zusätzliche Frage an die Patienten ergänzen, nämlich die Frage, „Inwieweit sehen Sie Unterstützungsbedarf, um in den nächsten 3 Monaten abstinent bleiben zu können?“. Soweit es der Rahmen dieser Arbeit zuließ, wurde erfolglos nach Studien gesucht, die diese Beobachtung bekräftigen oder schwächen. Von daher wird diesbezüglich ein weiterer Forschungsbedarf gesehen.



Neben dieser Identifizierungsmöglichkeit konnten über die Literaturrecherche folgende weitere Möglichkeiten gesammelt werden:

*Tabelle 4 Hypothesenliste (Nach der Literaturrecherche)*

| <b>Hypothesenliste (Nach der Literaturrecherche)</b><br><b>Unrealistische Optimisten lassen sich identifizieren...</b> | <b>Hauptsächlich<br/>abgeleitet von...</b>      |
|--|---|
| ...über Fragebögen zur spezifischen Abstinenzzuversicht.   | Goldbeck et al. (1997)                          |
| ...über die Veränderung der spezifischen Abstinenzzuversicht während der Therapie.                                     | Schneider et al. (2002)                         |
| ... indem man die Patienten hinsichtlich der Rückfallgefahr der Mitpatienten befragt.                                  | Demmel et al. (2006)                            |
| ... indem man Patienten mit einer Nikotinabhängigkeit nach Rauch-Abstinenzzuversicht befragt.                          | Demmel und Nicolai (2009)                       |
| ... über den Schweregrad der Alkoholabhängigkeit.  | Zingg et al. (2008)                             |
| ... über affektive und emotionale Auffälligkeiten.   | Demmel und Rist (2005)                          |
| ... über bestimmte Kontrollüberzeugungen (externalisierenden Bewältigungsstil).  | Polivy und Herman (2002)                        |
| ... über bestimmte angeborene Temperamente (Vermeidender Bewältigungsstil).  | Gespräch mit Herrn Prof. Klein und Prof. Kiefer |
| ... durch Tests zur Craving-Wahrnehmung.   | Bandura (1977) und Loeber et al. (2006)         |
| ... Beziehungsstatus   | Zingg et al. (2008)                             |

Bei der Recherche fiel auf, dass vor allem Herr PD Dr. Ralf Demmel in diesem Bereich einige Arbeiten publizierte. Dies führte zu dem Impuls, Herrn PD Dr. Demmel zu kontaktieren und sich mit ihm hinsichtlich der vorhanden Thesen

bzw. Fragen auszutauschen. Aus dieser Kontaktaufnahme entstand der gemeinsame Eindruck, dass ein Erkenntnisgewinn durch eine Reanalyse des SPSS-Datensatzes von Frau Dr. Dagmar Maria Jenko und Herrn PD Dr. Ralf Demmel möglich ist.

Bevor allerdings dieser Datensatz daraufhin überprüft wurde, inwieweit sich vorhandene Thesen über diesen testen lassen, fiel die Entscheidung, eine eigene qualitative und quantitative Erhebung durchzuführen.

Das Motiv war insbesondere das Sammeln weiterer Identifizierungsmöglichkeiten. Am zielführendsten diesbezüglich erschien es, möglichst viele Suchttherapeuten zu befragen. Dabei kam die Idee auf, einen kleinen Onlinefragebogen zu erstellen und diesen über den Emailverteiler der Katholischen Hochschule „Master Suchthilfe“ zu streuen. Dieser Verteiler wurde als geeignet für das Forschungsanliegen bewertet, da der Homepage zu entnehmen ist, dass Bewerbungsvoraussetzung für den Master Suchthilfe ist, dass Studenten „...in der Regel mindestens seit einem Jahr– im Bereich der Suchthilfe oder einem verwandten Feld (z.B. Psychiatrie, Wohnungslosenhilfe) tätig...“ (Katholische Hochschule, 2014) sind.

Neben dem Sammeln weiterer Identifizierungsmöglichkeiten steckte hinter der Therapeutenbefragung auch das Motiv, in Erfahrung zu bringen, ob nur der Autor den Eindruck hat, dass absolute Optimisten besonders gefährdet sind, oder ob es der Mehrzahl der Therapeuten auch so ergeht. Interessant vor allem unter dem Gesichtspunkt, dass die Literaturrecherche bisher ergab, dass absolute Optimisten die beste Abstinenzprognose haben.

Der folgende empirische Teilt startet mit der Vorstellung der Suchttherapeuten-Befragung. Bevor dann die Reanalyse des Datensatzes von Frau Dr. Jenko und Herrn PD Dr. Demmel dargestellt wird, wird kurz die Studie von Frau Dr. Jenko zusammengefasst, um die Reanalyse nachvollziehen und bewerten zu können.

## 6 Befragung von Suchttherapeuten

Bei der Suchttherapeuten Befragung ging es vor allem um 3 Fragen:

1. „Wie bewerten Suchttherapeuten eine absolute Abstinenzzuversicht?“
2. „Welchen Zielkorridor streben Suchttherapeuten an?“
3. „Wie lassen sich unrealistische Optimisten identifizieren?“.

Insgesamt wurden im Zeitraum vom 29.04.2017 bis zum 15.06.2017 N = 148 Suchttherapeuten befragt. Akquiriert wurden die Kollegen über den Emailverteiler des Masterstudiengangs „Suchthilfe“, der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen. Dabei wurde sowohl die Abteilung Köln als auch die Abteilung München berücksichtigt. In der Email gab es einen Link zu einer Onlinebefragung, die aus insgesamt 9 Seiten bestand. Auf der ersten Seite wurde die Teilnehmer über den Sinn und Zweck der Studie informiert.

Mehr als zwei Drittel der Befragten waren entweder in einer Suchtberatungsstelle oder in einer Sucht-Rehaklinik tätig, und insgesamt 8 arbeiteten in einer Sucht-Akutklinik.

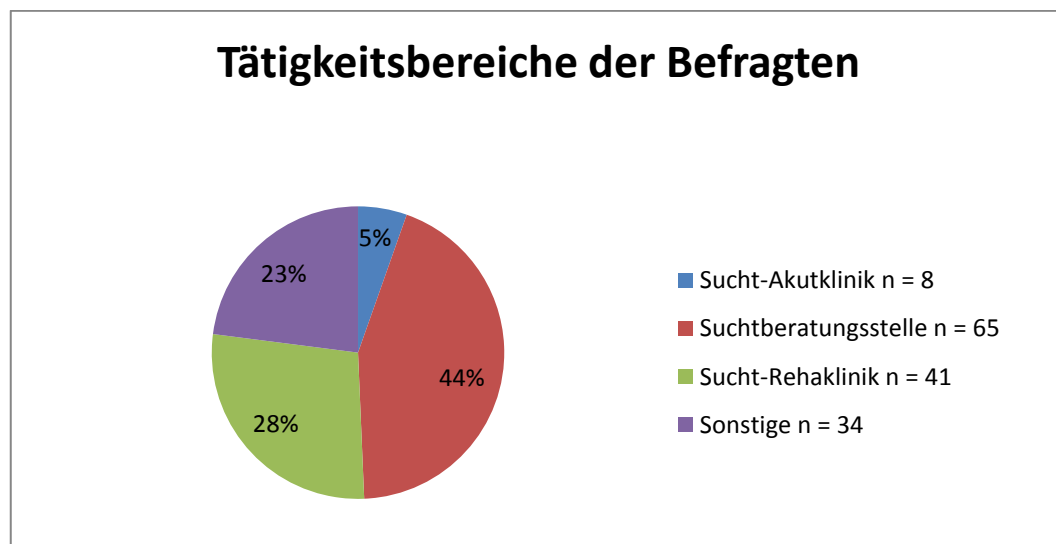


Abbildung 16 Tätigkeitsbereiche der befragten Suchttherapeuten

Die meisten Teilnehmer waren Sozialarbeiter und Sozialpädagogen (N = 116). 18 von 142 Therapeuten haben angegeben, dass sie einen Master in Suchttherapie haben. Des Weiteren hat ein Arzt an der Befragung teilgenommen und insgesamt 7 Psychologen.

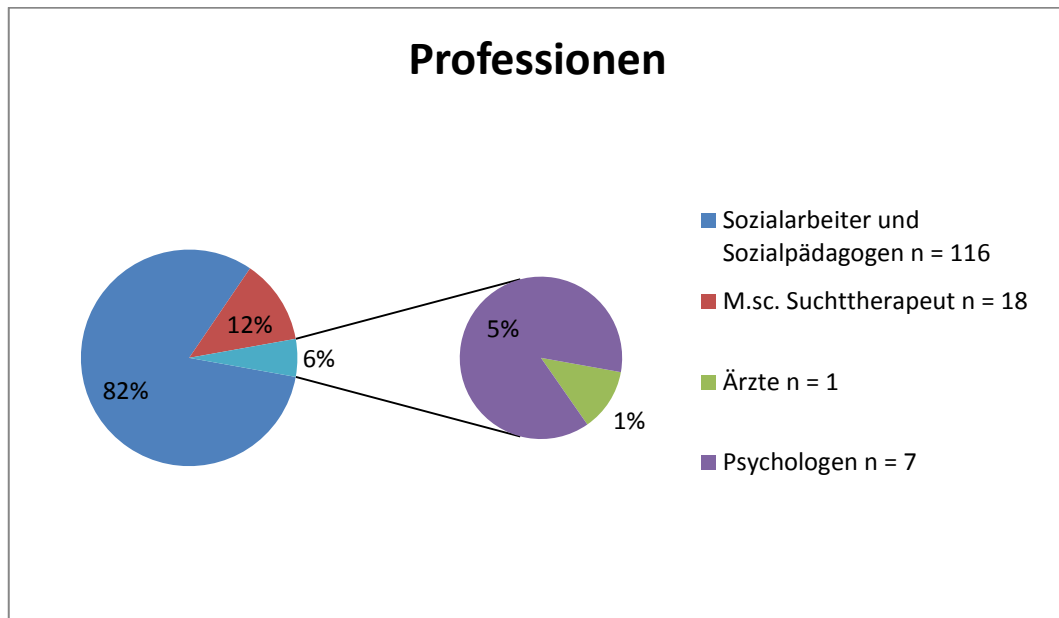


Abbildung 17 Professionen der befragten Suchttherapeuten

Nachdem in Erfahrung gebracht wurde, welche Profession die Teilnehmer haben und in welchen Bereichen sie tätig sind, wurde sie über eine geschlossene Frage gefragt, wie sie es bewerten, wenn Patienten eine 100 prozentige Abstinenzzuversicht äußern. Es gab insgesamt 4 Auswahlmöglichkeiten zwischen „Optimistisch“, „Eher Optimistisch“, „Eher Pessimistisch“ und „Pessimistisch“.

**Wenn Patienten zu 100% überzeugt sind, dass sie in Zukunft keinen Alkohol mehr trinken, bin ich hinsichtlich des Behandlungserfolgs in der Regel ...**

|                       |                       |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Optimistisch          | Eher Optimistisch     | Eher Pessimistisch    | Pessimistisch         |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Dann ging es um den Zielkorridor, den die Therapeuten bei Patienten anstreben. Dabei wurde bewusst, anders als zum Beispiel bei Miller und Rollnick (2004), mit 100% anstatt mit 0% begonnen, da vermutet wurde, dass bei der üblichen Form, Therapeuten dazu neigen würden, reflexhaft auf die 100% zu springen, da klar ist, dass 0% niemals ein Ziel sein sollte. Es wurde angenommen, dass über diesen Weg eher über die Antwort reflektiert wird.

**Welchen der folgenden Werte, streben Sie bei Patienten an?**

**Patienten sollten am Ende der Therapie sagen, dass Sie...**

100% 90% 80% 70% 60% 50% 40% 30% 20% 10% 0%

zu 100% zuversichtlich sind, keinen Alkohol mehr zu trinken.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

keine Zuversicht haben, keinen Alkohol mehr zu trinken.

Da eines der Ergebnisse der Literaturrecherche war, dass die Aussagekraft der Abstinenzzuversicht von dem Schweregrad der Alkoholabhängigkeit abhängig ist, wurde durch folgendes Item versucht, in Erfahrung zu bringen, ob die Befragten in der Praxis eine ähnliche Beobachtung gemacht haben.

**Wie stark sind die Patienten, mit denen Sie gewöhnlich arbeiten, durch ihre Abhängigkeit beeinträchtigt?**

☐ Leicht

☐ Mittel

☐ Schwer

Wenn die Befragten analog zur Beobachtung von Zingg et al. (2008), ähnliche Praxiserfahrungen gemacht haben, werden folgende Antworttendenzen vermutet:

| Schweregrad der Abhängigkeit | Optimistisch versus Pessimistisch | Zielkorridor-These  |
|------------------------------|-----------------------------------|---------------------|
| Leicht                       | Optimistisch                      | 100%                |
| Mittel                       | Eher Optimistisch                 | 100%                |
| Schwer                       | Eher Pessimistisch                | Zwischen 80 und 90% |

Bei folgender Frage ging es nicht darum, eine These zu testen. Hier ging es eher darum, einen Eindruck darüber zu gewinnen, wie die Kollegen generell zur Skalierungsfrage von Miller und Rollnick (2004) stehen.

|  |
|--|
| <p align="center"><b>Halten Sie die Skalierungsfrage von Miller und Rollnick für prognostisch wertvoll?</b></p>  |
| <p>Skalierungsfrage von Miller:</p> <p>Wie zuversichtlich sind Sie, dass es Ihnen gelingen wird, nach Abschluss der Behandlung keinen Alkohol mehr zu trinken?</p> <p>überhaupt nicht zuversichtlich 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 absolut zuversichtlich</p> |
| <p><input type="radio"/> ja</p> <p><input type="radio"/> Eher ja</p> <p><input type="radio"/> Eher nein</p> <p><input type="radio"/> nein</p>  |

Bei der Literaturrecherche irritierte vor allem die Aussage von Ilgen et al. (2005), die betonten, dass das Ziel von Suchttherapie sein sollte, dass Patienten am Ende der Therapie eine 100 prozentige Abstinenzzuversicht haben. Daraus schließt der Autor dieser Arbeit, dass Ilgen et al. (2005) der Meinung sind, dass jede therapeutische Intervention zum Ziel haben sollte, die Abstinenzzuversicht zu erhöhen. Da der Verfasser dieser Arbeit, wie schon mehrmals betont und begründet, anderer Meinung ist, wollte er durch folgende geschlossene Frage wissen, wie andere Kollegen zu dieser These stehen.

**Stimmen Sie der folgenden Aussage zu: "Jede therapeutische Intervention sollte zum Ziel haben, die Abstinenzzuversicht zu erhöhen."?**

☐ ja

☐ nein

Die Befragung der Mitarbeiter, die im Suchtbereich tätig sind, endete mit einer offenen Frage, nämlich mit der Kernfrage dieser Arbeit:

**Wie lassen sich Patienten mit einer überhöhten Abstinenzzuversicht identifizieren?**

Offenes Textfeld

## **6.1 Auswertungsmethode der geschlossenen Fragen**

Für die Auswertung der geschlossenen Fragen wurde das Statistikprogramm „IBM SPSS Statistics 24“ verwendet. Bei den geschlossenen Fragen gibt es 3 Hauptfragestellungen:

1. Wie schätzen Kollegen eine absolute Abstinenzzuversicht bei Patienten ein?
2. Welchen Zielkorridor streben Kollegen an?
3. Sind Unterschiede oder sogar Zusammenhänge zwischen der Zuversichtseinschätzung und der Schweregradeinschätzung zu beobachten?

Hinsichtlich der Frage 1 und 2 wird aufgrund des klinischen Eindrucks vermutet, dass Therapeuten, „Eher skeptisch“ sind, wenn Patienten eine absolute Abstinenzzuversicht äußern und dass Therapeuten einen Zielkorridor zwischen 80 und 90% anstreben.

Hinsichtlich der Frage 3 wird aufgrund der Erkenntnisse von Zingg et al. (2008) angenommen, dass es möglich sein könnte, eine negative Korrelation zwischen höherer Schweregrad und einer günstigen Prognose festzustellen, je höher der Schweregrad, desto schlechter die Prognose.



## 6.2 Ergebnisse aus den geschlossenen Fragen

Von den insgesamt 148 Befragten waren 59% entweder „Eher pessimistisch“ oder „Pessimistisch“, wenn Patienten eine absolute Abstinenzzuversicht angaben. Bei der Auswertung wurde differenziert zwischen „Sucht“ (Mitarbeiter aus Suchtakutkliniken, Suchtberatungsstellen, Sucht-Rehaklinik) und Teilnehmer, die angaben, dass sie zum Beispiel im „Ambulant Betreuten Wohnen“ oder in der Forensik arbeiten. Auch wenn davon fest ausgegangen wird, dass unter den 148 Teilnehmern nur Kollegen dabei sind, die suchtttherapeutische Erfahrung haben, wurde differenziert. Der Autor wollte sicher sein, dass bei der Auswertung nur Kollegen dabei sind, die suchtttherapeutische Erfahrung haben.

Um den Mittelwert zu berechnen, wurde mit den Werten 1-4 skaliert. „Optimistisch“ erhielt den Wert 1, „Eher Optimistisch“ den Wert 2, „Eher Pessimistisch“ den Wert 3 und „Pessimistisch“ den Wert 4. Bei der Unterscheidung zwischen „Sucht“ und „Sonstige“ waren die „Sonstigen“ mit einem Mittelwert von  $M = 2,8$  statt  $M = 2,6$  lediglich eine Nuance pessimistischer.

*Tabelle 5 Prognostische Therapeuteneinschätzung bei absoluten Optimisten*

|                          | N   | Optimistisch  | Eher Optimistisch | Eher Pessimistisch | Pessimistisch  | M   | SD  |
|--------------------------|-----|---------------|-------------------|--------------------|----------------|-----|-----|
| <b>Gesamt</b>            | 142 | N = 5<br>(4%) | N = 53<br>(37 %)  | N = 77<br>(54 %)   | N = 7<br>(5%)  | 2,6 | 0,6 |
| <b>Sucht<sup>4</sup></b> | 109 | N = 4<br>(4%) | N = 43<br>(39 %)  | N = 59<br>(54 %)   | N = 3<br>(3%)  | 2,6 | 0,6 |
| <b>Sonstige</b>          | 33  | N = 1<br>(3%) | N = 10<br>(30 %)  | N = 18<br>(55 %)   | N = 4<br>(12%) | 2,8 | 0,7 |

Bei dem nächsten Item wurden die Therapeuten befragt: „Wie stark sind die Patienten, mit denen Sie gewöhnlich arbeiten, durch ihre Abhängigkeit beeinträchtigt?“. Die Auswahlmöglichkeiten lagen bei, „Leicht“, „Mittel“ und

<sup>4</sup> Mitarbeiter aus Suchtakutkliniken, Suchtberatungsstellen, Sucht-Rehaklinik

„Schwer“. Aufgrund der These von Zingg et al. (2008), nämlich dass die Abstinenzzuversicht je nach Schweregrad der Erkrankung auf die prognostische Aussagekraft Einfluss hat, wurde die Therapeuteneinschätzung hinsichtlich des vermutlichen Behandlungserfolgs mit der Einschätzung des Schweregrads in Verbindung gebracht.

Vergleicht man die Mittelwerte, ist eine leichte Tendenz zu beobachten, die die These von Zingg et al. (2008) bekräftigt. Allerdings gab es nur einen Therapeuten der angab, dass es sich bei seinen Patienten überwiegend um Patienten handelt, die eine verhältnismäßig leichte Abhängigkeit haben. Aufgrund dieser kleinen Fallzahl kann keine Korrelationsanalyse durchgeführt werden. Somit stand die Frage noch im Raum, ob es zwischen den beiden Gruppen mit einer großen Fallzahl einen signifikanten Unterschied gibt. Der t-test für unabhängige Stichproben hat allerdings ergeben, dass es zwischen der Gruppe der „Mittleren“ und „Schweren“ keinen signifikanten Unterschied gibt ( $p = .27$ ).

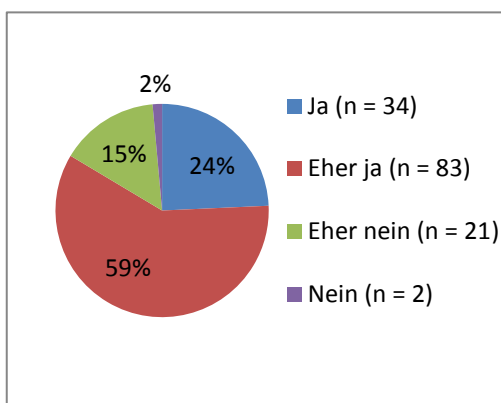
*Tabelle 6 Prognostische Therapeuteneinschätzung bei absoluten Optimisten gegliedert nach Schweregrad*

|               | N   | Optimistisch    | Eher Optimistisch | Eher Pessimistisch | Pessimistisch   | M   | SD  |
|---------------|-----|-----------------|-------------------|--------------------|-----------------|-----|-----|
| <b>Gesamt</b> | 138 | N = 5<br>(3,6%) | N = 51<br>(37%)   | N = 75<br>(54.3%)  | N = 7<br>(5,1%) | 2,6 | 0,6 |
| <b>Leicht</b> | 1   |                 | N = 1<br>(100%)   |                    |                 | 2   | 0   |
| <b>Mittel</b> | 59  | N = 1<br>(2%)   | N = 27<br>(46%)   | N = 29<br>(49%)    | N = 2<br>(3%)   | 2,5 | 0,6 |
| <b>Schwer</b> | 78  | N = 4<br>(5%)   | N = 23<br>(29%)   | N = 46<br>(59%)    | N = 5<br>(6%)   | 2,7 | 0,7 |

*Tabelle 7 Zielkorridor der befragten Suchttherapeuten (N = 137)*

|               | N   | M   | Median | SD  |
|---------------|-----|-----|--------|-----|
| <b>Gesamt</b> | 137 | 77% | 70%    | 1,3 |
| <b>Leicht</b> | 1   | 90% | 90%    | 0   |
| <b>Mittel</b> | 59  | 79% | 80%    | 1,2 |
| <b>Schwer</b> | 77  | 75% | 80%    | 1,4 |

Therapeuten bei zunehmendem Schweregrad eine reserviertere Haltung als sinnvoll erachten.



*Abbildung 18 Bewertung der Skalierungsfrage*

Neben der Bewertung der Skalierungsfrage interessierte zusätzlich, wie Therapeuten zu der Aussage stehen, „...dass jede therapeutische Intervention zum Ziel haben sollte, die Abstinenz zu erhöhen.“?

Diese Frage wurde von 140 Teilnehmern beantwortet. 56% hiervon gaben an, dass nicht jede therapeutische Intervention zum Ziel haben sollte, die Abstinenz zu erhöhen.

In der Tabelle 7 wurden die Ergebnisse hinsichtlich des Zielkorridors zusammengefasst. Daraus ist zu entnehmen, dass durchschnittlich alle befragten bei Patienten einen Wert von 77 % anstreben. Interessant ist, dass auch hier die Tendenz von Zingg et al. zu beobachten ist, nämlich dass

Ca. 84% aller Befragten fanden die Skalierungsfrage entweder „Sinnvoll“ oder „Eher sinnvoll“.

Und 16% der Befragten tendierten entweder zu „Eher nein“ oder „Nein“

### **6.3 Auswertungsmethode der offenen Frage**

Auf die offene Frage „Wie lassen sich unrealistische Optimisten identifizieren?“ haben von den insgesamt 148 Therapeuten 82 geantwortet. Durch die Auswertung der Antworten verspricht sich der Autor insbesondere die Generierung neuer Thesen. Des Weiteren soll mit dieser Auswertung ein Überblick darüber geschaffen werden, welche Hypothesen die meisten Therapeuten vertreten. Vor allem hinsichtlich des zuletzt genannten Anliegens, muss eine Auswertungsmethode verwendet werden, die es schafft, die große Datenmenge von 82 Antworten so zusammenzufassen, so dass die Originalität der Einzelbeiträge nach Möglichkeit erhalten bleibt.

Bei der Auswahl der Auswertungsmethode wurden die laut Mayring (2002) 7 häufigsten Qualitativen-Auswertungsmethoden dahingehend analysiert, welche sich am ehesten für diese Auswertung eignet.

Dabei fiel vor allem die „Qualitative Inhaltsanalyse“ auf, da diese Methode wie gewünscht einen großen Datenpool in ein Kategoriensystem zusammenfasst (Mayring, 2002).

Die Erstanalyse führte zu insgesamt 8 Kategorien. Diese 8 Kategorien wurde in einem Auswertungsblatt gelistet und durch die Kategorie „Nicht kodierbar“ und „Neue, nicht anderweitig kodierbare Antworten“ ergänzt (siehe Abbildung 19).

Um am Ende auch quantitative Aussagen zu treffen, wurden alle 82 Antworten nochmals gesichtet und den verschiedenen Kategorien zugeordnet.

Um die Interrater-Reliabilität zu überprüfen wurde ein Kollege Herr Dr. Ulrich Frischknecht, psychologischer Psychotherapeut, aus der Klinik für Abhängiges Verhalten und Suchtmedizin des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit gebeten, ebenfalls 25 der 82 Antworten zu sichten und über den Auswertungsbogen (siehe Abbildung 19) zu bewerten.

Die Interrater-Reliabilität wurde darauf aufbauend über den Cohens-Kappa-Koeffizienten ausgerechnet. Diese Ergebnisse wurden über die Bewertungsrichtlinien des Cohens-Kappa-Koeffizienten nach Landis und Koch bewertet (1997). Diese Richtlinien sind der Tabelle 8 zu entnehmen.

*Tabelle 8: Bewertungsrichtlinien des Cohens-Kappa-Koeffizienten nach Landis und Koch (1977)*

| <b>Cohens-Kappa-Koeffizient</b> | <b>Bewertung</b> |
|---------------------------------|------------------|
| <b>&lt;0</b>                    | „Poor“           |
| <b>0–0.20</b>                   | „Slight“         |
| <b>0.21–0.40</b>                | „Fair“           |
| <b>0.41–0.60</b>                | „Moderate“       |
| <b>0.61–0.80</b>                | „Substantial“    |
| <b>0.81–1.00</b>                | „Almost perfect“ |

**Wie lassen sich unrealistische Optimisten identifizieren?**

|  |  |
|--|--|
| <p>Wenn der Eindruck entsteht, dass Patienten <u>keine/wenige funktionale Alternativstrategien</u> zum Konsum besitzen/bennen können</p> | <p>Wenn eine Tendenz zu <u>absoluten Adjektiven</u> beobachtbar ist</p>  |
| <p>Beispiel: Auf Anfrage, können sie keine Skills benennen</p>   | <p>Beispiel: Wenn sie dazu neigen Begriffe zu verwenden wie "nie wieder", "niemals", "ganz sicher", "ich habe es endlich verstanden"</p> |
| <p>Wenn Patienten zu einem <u>vermeidenden Bewältigungsstil</u> neigen<br/>(Stichwort: Harm Avoidance)</p>                               | <p>Wenn Patienten dazu neigen, <u>Willensstärke überzubewerten</u></p>   |
| <p>Beispiel: Wenn eine starke Tendenz besteht unangenehme Dinge zu vermeiden (Exposition, Schuldenregulierung...)</p>                    | <p>Beispiel: Wenn Patienten zum Beispiel sagen: "Man muss nur wollen." / "Bei mir hat es klick gemacht".</p>                             |
| <p>Wenn Patienten dazu neigen Ressourcen zu <u>überschätzen</u> und Risiken zu <u>unterschätzen</u></p>                                  | <p>Wenn Patienten zu einer <u>überdurchschnittlichen Euphorie</u> neigen</p>   |
| <p>Beispiel: Wenn Rückfallgefahren per se ausgeschlossen werden .</p>  | <p>Beispiel: "Sie sind sehr euphorisch"</p>  |
| <p>Wenn die <u>Auseinandersetzung mit wesentlichen Therapieelementen nicht möglich</u> ist</p>   | <p>Wenn eine bestimmte <u>Persönlichkeitsstruktur</u> zu beobachten ist</p>  |
| <p>Beispiel: "Lassen Auseinandersetzung mit Risikosituationen nicht zu oder sehen diesbezüglich keinen Bedarf!"</p>                      | <p>Beispiel: Wenn relativ <u>überdauernde</u> Verhaltenstendenzen zu beobachten sind.</p>  |
| <p>Neue, nicht anderweitig kodierbare Antworten</p>  | <p>Nicht Codierbar</p>   |
|  |  |

Abbildung 19 Auswertungsbogen der qualitative Inhaltsanalyse

## 6.4 Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse

Die Erstanalyse der 82 Antworten führte zu 8 Kategorien. Dieses Kategoriensystem wurde, nachdem es an einer Teilstichprobe von N=10 Antworten von einem zweiten Kodierer getestet wurde, diskutiert und angepasst und um die Kategorie „nicht kodierbar“ erweitert. Die Objektivitätsprüfung über die Interrater-Reliabilität an weiteren N=25 Antworten ergab bei 3 dieser Kategorien eine „beachtliche (substantial) Übereinstimmung“, bei weiteren 3 eine „mittelmäßige“ und bei 2 eine „schlechte“ Übereinstimmung (Siehe Tabelle 9).

*Tabelle 9 Interrater-Reliabilität des Kategoriensystems*

| <b>„beachtliche (substantial) Übereinstimmung“</b>  |  |           |           |          |
|---|--|-----------|-----------|----------|
| <b>Frage</b>  | <b>Kategorie</b>   | <b>Po</b> | <b>Pe</b> | <b>K</b> |
| 4   | Wenn die Auseinandersetzung mit wesentlichen Therapieelementen nicht möglich ist   | 0,92      | 0,79      | 0,6      |
| 7   | Wenn die Auseinandersetzung mit wesentlichen Therapieelementen nicht möglich ist   | 0,84      | 0,56      | 0,6      |
| 5   | Wenn Patienten dazu neigen, Ressourcen zu überschätzen und Risiken zu unterschätzen  | 0,8       | 0,53      | 0,6      |
| <b>„mittelmäßige (moderate) Übereinstimmung“</b>  |  |           |           |          |
| <b>Frage</b>  | <b>Kategorie</b>   | <b>Po</b> | <b>Pe</b> | <b>K</b> |
| 2   | Wenn eine Tendenz zu absoluten Adjektiven beobachtbar ist  | 0,84      | 0,68      | 0,5      |
| 1   | Wenn der Eindruck entsteht, dass Patienten keine/wenige funktionale Alternativstrategien zum Konsum besitzen/benennen können | 0,84      | 0,72      | 0,43     |
| 6   | Wenn Patienten zu einer überdurchschnittlichen Euphorie neigen   | 0,8       | 0,65      | 0,43     |
| Po = Tatsächlich beobachtete Übereinstimmungen; Pe = Zufällige Übereinstimmung; K= Cohens Kappa |  |           |           |          |

| „schlechte Übereinstimmung (poor agreement)“  |   |      |      |   |
|---|---|------|------|---|
| Frage   | Kategorie   | Po   | Pe   | K |
| 3   | Wenn Patienten zu einem vermeidenden Bewältigungsstil neigen  | 0,84 | 0,84 | 0 |
| 8   | Wenn eine bestimmte Persönlichkeitsstruktur zu beobachten ist | 0,88 | 0,88 | 0 |
| Po = Tatsächlich beobachtete Übereinstimmungen; Pe = Zufällige Übereinstimmung; K= Cohens Kappa |   |      |      |   |

Innerhalb der 82 Antworten wurden am häufigsten Antworten gefunden (N = 29), die der Kategorie „Wenn Patienten dazu neigen Ressourcen zu überschätzen und Risiken zu unterschätzen“ zuzuordnen sind. Am seltensten waren Antworten (N = 5), mit dem Item „Wenn Patienten zu einem vermeidenden Bewältigungsstil neigen (Stichwort: Harm Avoidance)“.

*Tabelle 10 Suchttherapeutenbefragung: Identifizierungsmöglichkeiten sortiert nach Häufigkeit*

| Kategorie   | n  |
|---|----|
| <b>Wenn Patienten dazu neigen Ressourcen zu überschätzen und Risiken zu unterschätzen</b>   | 29 |
| <b>Wenn die Auseinandersetzung mit wesentlichen Therapieelementen nicht möglich ist</b>   | 27 |
| <b>Wenn der Eindruck entsteht, dass Patienten keine/wenige funktionale Alternativstrategien zum Konsum besitzen/benennen können</b> | 20 |
| <b>Wenn eine Tendenz zu absoluten Adjektiven beobachtbar ist</b>  | 14 |
| <b>Wenn Patienten dazu neigen, Willensstärke überzubewerten</b>   | 11 |
| <b>Wenn Patienten zu einer überdurchschnittlichen Euphorie neigen</b>   | 8  |
| <b>Wenn eine bestimmte Persönlichkeitsstruktur zu beobachten ist</b>  | 7  |
| <b>Wenn Patienten zu einem vermeidenden Bewältigungsstil neigen</b>   | 5  |



Die Items, die eine schlechte Interrater-Reliabilität aufwiesen (siehe rot hinterlegte Items in Tabelle 10), wurden nochmals analysiert.

Dies führte zu dem Ergebnis, dass 2 der 7 Therapeutenantworten nicht erneut in die Kategorie „*Wenn eine bestimmte Persönlichkeitsstruktur zu beobachten ist*“ aufgenommen wurden.

Folgende 5 Therapeutenantworten wurden weiterhin in die Kategorie „Wenn eine bestimmte Persönlichkeitsstruktur zu beobachten ist.“ eingeordnet:

- „Entweder durch stark externalisierendes Verhalten oder **durch narzisstisch anmutende Überhöhung** zum Schutz vor Eingestehen des eigenen Scheiterns.“
- „(...)... es kommt aus meiner Sicht auch auf den Prozess in der Therapie, **Persönlichkeitsstruktur** und sonstige intrapsychischen und Umweltbedingungen an.“
- „...**durch Erforschung ihrer Persönlichkeitsstruktur**; durch Erforschung ihrer Biographie.“
- „**Persönlichkeitsmerkmale:** Selbstüberschätzung, wenig vorausschauendes Denken, Wesensveränderung...“
- „geringe Selbstreflexionsfähigkeit ; **narzisstische Persönlichkeit**“

Hinsichtlich der Kategorie „Wenn Patienten zu einem vermeidenden Bewältigungsstil neigen (Stichwort: Harm Avoidance)“ führte die Drittanalyse zu keiner Korrektur. Die 5 Antworten dieser Kategorie lauteten wie folgt:

- „Kein Sprechen über evtl. Rückfallrisiken et cetera möglich. **Völlige Vermeidung von Gesprächen insgesamt. Vermeidung von tatsächlicher Veränderung (Freizeitgestaltung, Berufliche Wiedereingliederung, Soziale Kontakte, Wohnungssuche...) (...).**“
- „Diese Menschen **blenden Risikofaktoren aus** und sind zum Teil hochmütig gegenüber der Sucht, zum Beispiel indem sie Wasser in der Stammkneipe trinken.“
- „Bagatellisieren oder **Vermeiden** bei der Thematik "Risikosituationen";“
- „Rückfälligkeit wird ausgeschlossen, oder "ich bin zu alt dafür", "**ich will nicht darüber denken**", "ich will alles vergessen", "ich habe alles verstanden", keine Verhaltens- Kognitionsänderungen sind erkennbar.“
- „Sie sind eher wenig reflektiert und **verdrängen häufig vorhandene Probleme**. Zudem blenden sie Risikosituationen häufig aus und neigen zur Bagatellisierung.“

Neben der Schaffung eines Überblicks war ein weiteres Hauptanliegen dieser qualitativen Auswertung die Identifizierung von neuen Hypothesen. Von daher wurden auch Antworten gesammelt, die zwar selten erwähnt wurden, aber interessant erschienen. Wie in dem Auswertungsbogen zu sehen (siehe Tabelle 11), gab es auch ein Feld mit „Neue, nicht anderweitig kodierbare Antworten“. In diesem Feld wurden, wie auf der nächsten Seite zu sehen, folgende Kategorien aufgenommen.

Tabelle 11 Sammlung „Neuer, nicht anderweitig kodierbarer Antworten“

| Kategorie  | N |
|--|---|
| Ungünstige Soziale Faktoren (Familie, Freunde, Firma) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sozial isoliert (3)</li> <li>• Schlechte bzw. fehlende berufliche Perspektive (3)</li> <li>• Suchtbelastetes Umfeld (1)</li> </ul>  | 7 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wenn Patienten Suchtdruck kaum/ nicht wahrnehmen (3)</li> <li>• Wenn Patienten keine Risiken sehen (2)</li> </ul>   | 5 |
| Schweregrad der Sucherkrankung <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wenn Patienten wenig Erfahrung mit abstinenter Zeiten haben (1)</li> <li>• Wenn Patienten bereits vorangegangene Versuche hatten (2)</li> <li>• Wenn Patienten bereits schwer von der Sucht beeinträchtigt sind (1)</li> </ul> | 4 |
| Wenn Patienten keinen Nachsorgebedarf sehen  | 4 |
| Wenn Patienten zu einem externalisierenden Bewältigungsverhalten neigen  | 4 |
| Über den Behandlungsverlauf  | 4 |
| Wenn Patienten wenig Kritikfähig sind  | 2 |
| Wenn Patienten nicht bereit sind für eine Abstinenz  | 2 |
| Wenn Patienten sich schnell verunsichern lassen  | 2 |
| Wenn Patienten Schwierigkeiten haben Emotionen zu regulieren   | 2 |
| Wenn die Therapie überwiegend extrinsisch motiviert ist  | 2 |
| Wenn Eindruck entsteht, dass Patienten nur das sagen, was Therapeuten hören möchten  | 2 |
| Wenn eine Selbstwertproblematik zu beobachten ist  | 1 |
| Wenn Patienten sich gegenüber anderen Patienten erhöhen bzw. abgrenzen   | 1 |
| Wenn Patienten nicht ehrlich erscheinen  | 1 |
| Über die Befragung von Angehörigen   | 1 |
| Indem man die Patienten direkt fragt: „Haben Sie den Eindruck, dass sie ihre Abstinenz zuversicht überschätzen?“   | 1 |

## 6.5 Diskussion

Bei der Befragung der Suchttherapeuten standen folgende 3 Fragen im Fokus:

1. Wie bewerten Suchttherapeuten eine absolute Abstinenzzuversicht?
2. Welchen Zielkorridor streben Suchttherapeuten an?
3. Wie lassen sich unrealistische Optimisten identifizieren?

Ausgangspunkt für Frage 1 war die Irritation des Autors über die Aussagen von Ilgen et al. (2005), dass eine 100-prozentige Abstinenzzuversicht am Ende der Therapie die größte Vorhersagekraft in Bezug auf eine Abstinenz ein Jahr später hat und von daher eine 100-prozentige Abstinenzzuversicht Ziel der Therapie sein sollte.

Über die Befragung der Suchttherapeuten sollte erfasst werden, ob andere Praktiker diese Irritation teilen.

Diese These konnte insofern bekräftigt werden, dass immerhin 59 % der Befragten entweder „Eher pessimistisch“ oder „Pessimistisch“ angeben, wenn Patienten zu 100 % überzeugt sind, dass sie in Zukunft keinen Alkohol mehr trinken.

Auf die Frage, welcher Zielkorridor von den 148 Befragten Suchttherapeuten angestrebt wird, antworteten 137 Therapeuten. Der durchschnittliche Zielkorridor lag bei 77 %. Es wird damit die These des Autors bekräftigt, bzw. die These von Ilgen et al. (2005), einen Zielkorridor von 100 % anzustreben, entkräftet.

Diese Ergebnisse sind insofern hochinteressant, da entweder (1) die Wahrnehmung der Therapeuten verzerrt ist oder (2) die Studien, auf die sich Ilgen et al. (2005) beziehen, weiterhin diskutiert werden müssen. Diese Diskussion muss fortgeführt werden, allerdings wurde es als sinnvoll erachtet, abzuwarten, ob die Auswertung der Daten von Frau Dr. Jenko und Herrn PD Dr. Demmel (siehe Kapitel 8) noch weitere Erkenntnisse diesbezüglich bringen.

Bei der Bewertung der absoluten Abstinenzzuversicht interessierte noch, ob die Einschätzung der Therapeuten sich in Abhängigkeit des Schweregrad der Alkoholabhängigkeit der von ihnen behandelten Patienten ändert. Auch wenn die Mittelwerte den Eindruck erwecken, dass eine leichte Tendenz in diese Richtung

zu beobachten ist, konnten keine signifikanten Unterschiede beobachtet werden. Dieser fehlende Effekt könnte darauf zurückzuführen sein, dass im Suchthilfesystem meist eher schwer abhängige Patienten behandelt werden (Mann et al., 2006)

Die qualitative Analyse führte zu mehreren interessanten Ergebnissen. Deutlich wurde, dass sich Therapeuten bei der Entscheidung, ob es sich bei Patienten um realistische oder unrealistische Optimisten handelt, sehr stark auf den Faktor Ressourcen fokussieren. Denn bei mindestens 2 der 5 häufigsten Kategorien ...

- Wenn Patienten dazu neigen **Ressourcen** zu überschätzen und Risiken zu unterschätzen;
- Wenn der Eindruck entsteht, dass Patienten keine/wenige **funktionale Alternativstrategien** zum Konsum besitzen bzw. benennen können;

... stand Eindeutig der Faktor „Können“ im Fokus. Auch die Kategorie ...

- Wenn Patienten dazu neigen, Willensstärke überzubewerten;

... geht in diese Richtung, da vermutet wird, dass wenn Therapeuten sagen: „... dass Willensstärke nicht überbewertet werden sollte.“, sie gleichzeitig damit sagen möchten, dass sie dem Faktor „Können“ einen besonderen Wert beimessen.

Ansonsten fiel auf, dass die meisten Therapeutentheorien den Theorien aus der Literaturrecherche zuzuordnen sind.

Einer der Therapeuten gab den interessanten Impuls, auch die Bewertung der Angehörigen mit zu berücksichtigen. Dies führte dazu, dass die ursprüngliche Hypothese nach der Literaturrecherche (siehe Tabelle 4):

„Indem man die Patienten hinsichtlich der Rückfallgefahr der Mitpatienten befragt“,

abgeändert wurde in

„Durch externe Bewerter (Therapeuten, Angehörige, Mitpatienten)“.

Therapeuten als externe Bewerter wurde zusätzlich auch noch aufgenommen, weil dies ja auch eines der Ausgangsthesen war und auch Goldbeck et al. (1997) diese Quelle nutzten um unrealistische Optimisten zu identifizieren.

Immerhin 7 Therapeuten betonten den Faktor „Ungünstige Soziale Faktoren (Familie, Freunde, Firma)“, so dass

„Schweregrad der Alkoholabhängigkeit“

abgeändert wurde in

„Schweregrad der Bio-Psycho-Soziale Belastung“.

Des Weiteren wurde von den Suchttherapeuten Wege zur Identifizierung genannt, die bis dahin ganz neu waren. Hierzu zählte der Einwand, dass zwar Patienten eine sehr hohe Abstinenzzuversicht haben bzw. sich die Abstinenz zutrauen, sie aber für eine Veränderung nicht bereit sind oder ihnen das Ziel nicht wichtig ist. Daraus kann man schließen, dass unrealistische Optimisten auch über Frage nach der „**Wichtigkeit**“ und die Frage nach der „**Bereitschaft**“ identifizierbar sein könnten.

Zudem wurde von einzelnen Therapeuten die Theorie genannt, dass es sein kann, dass unrealistische Optimisten hohe Zuversichtsangaben machen, weil sie den Eindruck haben, dass dies von ihrem Umfeld erwartet wird („**Soziale Erwünschtheit**“) und sich die angegebene Abstinenzzuversicht mit der tatsächlichen Zuversicht nicht deckt.

Aber auch die direkte Konfrontation durch die Frage: „Haben Sie den Eindruck, dass ihre Abstinenzzuversicht überschätzen?“, wurde als durchaus beachtliche Identifizierungsmöglichkeit gewertet.

Aus diesen Überlegungen ergibt sich die in Tabelle 12 dargestellte Hypothesenliste, die in weiteren Studien untersucht werden sollte.

Tabelle 12 Hypothesenliste (Nach der Therapeutenbefragung)

| Hypothesenliste (Nach der Literaturrecherche)   | Anmerkung  |
|---|------------|
| <b>Unrealistische Optimisten lassen sich identifizieren...</b>  |            |
| ... über Fragebögen zur spezifischen Abstinenzzuversicht.   |            |
| ... über die Veränderung der spezifischen Abstinenzzuversicht während der Therapie.   |            |
| ... <del>indem man die Patienten hinsichtlich der Rückfallgefahr der Mitpatienten befragt.</del> durch externe Bewerter (Therapeuten, Angehörige, Mitpatienten) | Abgeändert |
| ... indem man Patienten mit einer Nikotinabhängigkeit nach Rauch-Abstinenzzuversicht befragt.   |            |
| ... über den Schweregrad der <del>Alkoholabhängigkeit</del> Bio-Pscho-Sozialen Belastung  | Abgeändert |
| ... über affektive Auffälligkeiten.   |            |
| ... über bestimmte Kontrollüberzeugungen (externalisierenden Bewältigungsstil).   |            |
| ... über bestimmte angeborene Temperamente (vermeidender Bewältigungsstil).   |            |
| ... durch Tests zur Craving-Wahrnehmung.  |            |
| ... indem man sie nach der Wichtigkeit fragt.   | Neu        |
| ...durch den Faktor „Bereitschaft“.   | Neu        |
| ...durch den Faktor „Soziale Erwünschtheit“.  | Neu        |
| ...durch Nachfrage, ob sie selbst den Eindruck haben, dass sie ihre Zuversicht überschätzen.  | Neu        |

## 7 Zusammenfassung der Studie von Frau Dr. Dagmar Maria Jenko

Ziel der Zusammenfassung ist, sich einen Überblick darüber zu verschaffen, wer an der Studie teilgenommen hat (Beschreibung der Stichprobe) und wie sie durchgeführt wurde (Instruktion und Ablauf, Messinstrumente des Baseline-Assessments, Messinstrumente beim Follow-up).

Ein Überblick ist wichtig, weil dies die Voraussetzung ist, um zum einen entscheiden zu können, welche der aufgestellten Fragen bzw. Hypothesen mit diesem Datensatz zu beantworten sind, und zum anderen dies die Voraussetzung ist, die Ergebnisse abschließend in einen Gesamtzusammenhang zu stellen.

### 7.1 Beschreibung der Stichprobe

Die Studie begann zwischen Februar 2004 und Dezember 2004 mit einer Baseline-Untersuchung von insgesamt 428 alkoholabhängigen Patienten. Die Probanden wurden in folgenden 6 verschiedenen psychiatrischen Behandlungseinrichtungen untersucht.

*Tabelle 13 Kliniken die an der Untersuchung von Frau Dr. Jenko teilgenommen haben*

| Klinik                           | Anzahl der Probanden |
|----------------------------------|----------------------|
| LWL-Klinik Münster               | 150                  |
| Westfälische Klinik Warstein     | 17                   |
| Otto-Wagner-Spital Wien          | 19                   |
| St. Antonius Krankenhaus Hörstel | 60                   |
| Fachklinik Kamillushaus Essen    | 55                   |
| Salus-Klinik Lindow              | 127                  |
| <b>Insgesamt</b>                 | <b>428</b>           |



In die Studie wurden nur Patienten aufgenommen, die eine schriftliche Einverständniserklärung unterschrieben haben und folgende 7 Kriterien erfüllten:

1. Deutsch als Muttersprache
2. Primärdiagnose einer Alkoholabhängigkeit nach ICD-10
3. Alter zwischen 18 und 60 Jahren
4. Keine kognitiven oder verbalen Einschränkungen
5. Keine Primärdiagnose einer anderen Substanzabhängigkeit (einschließlich Abhängigkeit von illegalen Drogen, Sedativa, Hypnotika oder Anxiolytika)
6. Keine Medikation mit Einfluss auf die kognitive Leistungsfähigkeit
7. Abgeschlossene Entgiftung und keine akute Entzugssymptomatik.

Insgesamt wurden von den insgesamt 428 Probanden 9 von der Untersuchung ausgeschlossen. Sechs davon wurden aufgrund von mehr als 3 fehlenden Werten ausgeschlossen und 3 aufgrund einer Varianz von 0 in ihren Antworten auf dem Rückfall-Zuschreibungs-Inventar (RZI). Letztere wurden deshalb ausgeschlossen, weil eine Varianz von 0 als invalide und unplausibel erachtet wurde.

Von den restlichen 419 Teilnehmern waren 80% männlich. Das Durchschnittsalter lag bei 43,81 Jahren, 29,7% lebten in einer Partnerschaft und 37% waren zum Zeitpunkt der Erhebung arbeitslos. Die Anzahl vorheriger Entzugsbehandlungen verteilte sich wie folgt:

*Tabelle 14 Anzahl der vorherigen Entzugsbehandlungen*

| <b>Anzahl vorherige Entzugsbehandlungen</b> | <b>Anzahl</b> | <b>%</b> |
|---|---------------|----------|
| <b>0</b>                                    | 93            | 22,2     |
| <b>1</b>                                    | 88            | 21,0     |
| <b>2</b>                                    | 56            | 13,4     |
| <b>3</b>                                    | 44            | 10,5     |
| <b>&gt;3</b>                                | 111           | 26,5     |

Die Probanden aus der LWL-Klinik Münster und dem Antonius Krankenhaus Hörstel wurden gefragt, ob sie neben dieser Baseline-Untersuchung an einer telefonischen Follow-up-Befragung teilnehmen wollen. 146 Patienten (LWL-Klinik Münster: N = 91, St. Antonius Krankenhaus Hörstel: N = 55) zeigten sich bereit und unterschrieben eine schriftliche Einverständniserklärung. Die Nachuntersuchung wurde ca. 86 Tage (M = 86,17 Tage, Minimum = 79, Maximum = 91; SD = 2,8) nach der Baseline-Erhebung im Zeitraum April 2004 bis März 2005 durchgeführt.

Von diesen 146 nachuntersuchten Probanden waren 37% zum Nacherhebungszeitpunkt abstinent und 63% rückfällig. Rückfällig wurden alle Teilnehmer gewertet, die bei der Follow-up-Stichprobe einen Rückfall berichten (N = 50; 34,2%) oder nicht erreichbar waren (N = 42; 28,8%).

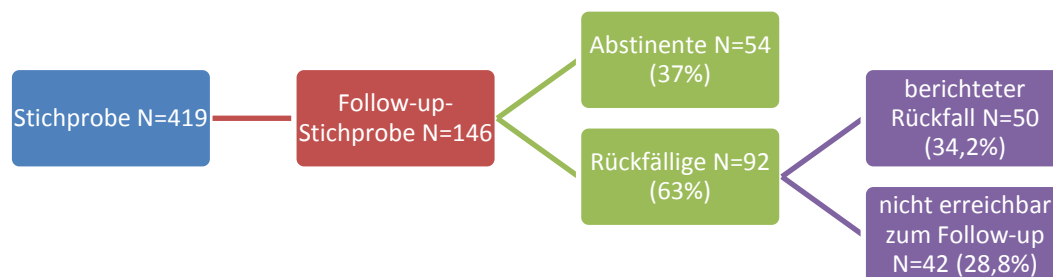


Abbildung 20 Darstellung der Stichproben nach Jenko (2008)

Hinsichtlich soziodemographischer Daten<sup>5</sup> unterschieden sich die Probanden, die nur an der Baseline-Untersuchung teilnahmen nicht von denen, die auch an der Follow-up-Erhebung mitwirkten.

<sup>5</sup> Alter, Geschlecht, Partnerbeziehung, Erwerbstätigkeit, der konsumierten Alkoholmenge, Anzahl Konsumtage vor der Behandlung, Anzahl bisheriger Entzugsbehandlungen

Zwischen dem Datensatz, der dem Autor dieser Arbeit zur Reanalyse vorlag gab es Unstimmigkeiten mit den in der Dissertation von Frau Dr. Dagmar Maria Jenko beschriebenen Daten. Diese Unstimmigkeiten konnten leider nicht aufgelöst werden. Nach Rücksprache mit dem Erstprüfer wurde mit den verfügbaren Daten weitergerechnet. Abbildung 21 stellt die verwendete Stichprobe der vorliegenden Reanalyse dar.

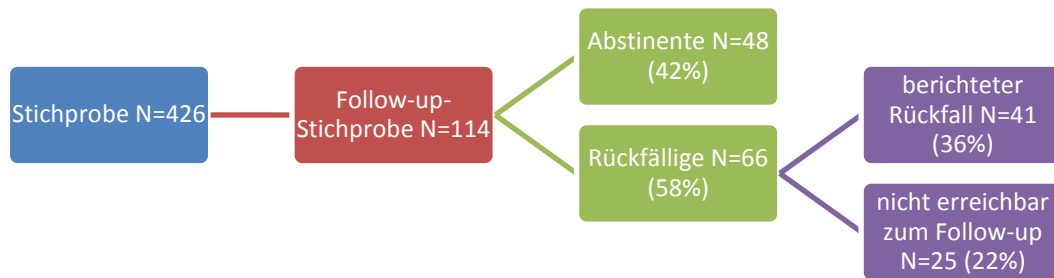


Abbildung 21 Darstellung der Stichprobe (Reanalyse)

## 7.2 Instruktion und Ablauf der Studie

Die Untersuchung wurde in 2 Teile gegliedert. Im ersten Teil der Untersuchung erfolgte ein Baseline-Assessment und im zweiten Teil der Studie ein Follow-up.

Das Baseline-Assessment startet damit, dass die Patienten befragt wurden, „ob sie Interesse haben an einer nicht vergüteten wissenschaftlichen Studie teilzunehmen?“. Dabei wurde betont dass diese Untersuchung freiwillig ist und dass die Daten anonymisiert ausgewertet werden. Wenn Patienten Interesse hatten und eine schriftliche Einverständniserklärung abgegeben haben, wurde innerhalb der ersten 2 Wochen nach der Aufnahme mit der Studie begonnen. Eine weitere Voraussetzung für die Teilnahme an diesem Assessment war, dass die Patienten frei von akuten Entzugssymptomen waren. Aufgrund der großen Zeitspanne, die das Beantworten der Fragebögen erforderte (40 - 75 Minuten), räumten alle Einrichtungen, bis auf die LWL Klinik in Münster, 2 Sitzungen für die Beantwortung ein. Der Abstand beider Sitzungen lag zwischen 2 und 5 Tagen. Sowohl bei Baseline-Assesment als auch beim Follow-Up erfolgte die Datenerhebung über Frau Dr. Jenko oder geschulte Psychologiestudenten und

somit waren weder Behandler noch Stationspersonal bei diesem Prozess involviert.

Wie bereits erwähnt, nahmen am Follow-up lediglich Patienten teil, die entweder in der LWL Klinik Münster oder im St. Antonius Krankenhaus Hörstel behandelt wurden. Voraussetzung für die Nachuntersuchung war, dass Patienten auch diesbezüglich schriftlich einwilligten, freiwillig an der Untersuchung teilzunehmen. Da es sich um eine telefonische Nachuntersuchung handelte, kamen für die Nachuntersuchung nur Patienten in Frage, die auch in der Lage waren, während der Therapie eine Telefonnummer anzugeben.

Durchschnittlich dauerten die Telefonate ca. 4 Minuten. Vor allem bei den Patienten die angaben, dass sie nach wie vor nüchtern seien (bezogen auf den Alkoholkonsum), wurde insbesondere darauf geachtet, ob es z.B. durch eine verwaschene Stimme Anzeichen für einen Rückfall gab. Dies war allerdings bei keinen der Nachbefragten der Fall.

### 7.3 Messinstrumente zum Baseline-Assesment und Follow-up

Insgesamt gab es bei dem Baseline-Assesment 16 Frageblöcke. Bis auf die Craving-Frage kam jeder der restlichen 12 Frageblöcke nur einmal vor. In der Abbildung 22 sind die eingesetzten Messinstrumente dargestellt.



Abbildung 22 Übersicht über die Messinstrumente des Baseline Assessments

Beim Follow-up handelte es sich um ein standardisiertes Telefoninterview. Bei diesem Interview stand zunächst die Frage im Raum „...ob es in der Zwischenzeit zu einem Rückfall gekommen war?“. Wenn dem so war wurden folgende weitere Fragen gestellt:

1. Wie viele Tage von der Entlassung bis zum erstmaligen erneuten Konsum gab es (Latenz)?
2. Wie lange dauerte die erste Konsumepisode nach der Entlassung (Dauer)?

3. Wie viele Konsumtage während der dreimonatigen Follow-up-Periode gab es (Frequenz des Konsums nach Entlassung)?
4. Wie groß war die Anzahl der durchschnittlich konsumierten alkoholischen Getränke (Bier, Wein, Spirituosen) an einem typischen Konsumtag innerhalb der dreimonatigen Follow-up-Periode (Quantität des Konsums nach Entlassung)

Unabhängig davon, ob die ehemaligen Patienten rückfällig wurden oder nicht, wurden sie gefragt, ...

- ob es nach der Therapie weitere Therapiemaßnahmen gab,
- wie hoch ihre Zuversicht ist, künftig keinen Alkohol mehr zu trinken
- und wie hoch ihre Veränderungsbereitschaft ist.

## 8 Reanalyse des Datensatzes von Frau Dr. Jenko

Das Ziel der Reanalyse ist es, Antworten auf die Hauptfragen dieser Arbeit zu finden:

1. „Wie lassen sich unrealistische Optimisten identifizieren?“,
2. „Lassen sich unrealistische Optimisten über die Skalierungsfrage und die Therapeuteinschätzung identifizieren?“
3. „Wo sollte der therapeutische Zielkorridor liegen?“

Die „Zusammenfassung der Studie von Frau Dr. Jenko“ (Kapitel 7) ergab, dass der Datensatz von Frau Dr. Jenko, bis auf Frage 2, auf alle offenen Fragen antworten geben könnte. Antworten auf die Frage 2 sind nicht möglich, weil die Studie von Jenko (2008) keine Therapeutenbefragung beinhaltete.

Die folgende Reanalyse gliedert sich in 2 Teile. Im ersten Teil geht es um die Frage nach dem Zielkorridor und im zweiten Teil um die verschiedenen Identifizierungsmöglichkeiten.

### 8.1 Thesen zum Zielkorridor

Bereits in der Einleitung dieser Abschlussarbeit wurde die Hypothese aufgeworfen, dass ein signifikanter Unterschied zwischen den „nicht rückfälligen“ und den „rückfälligen“ Patienten im Bereich der Zuversichtsangaben zu beobachten ist. Konkret wurde vermutet, dass das Maximum der Abstinenzrate nicht bei jenen Patienten mit einer Zuversichtsangabe von 100 % liegt, sondern bei jenen, die eine Zuversichtsangabe zwischen 80 und 90% bzw. zwischen 8 und 9 aufweisen. (siehe Abbildung 1).

| Hypothesen zum Zielkorridor     |   | Quellen             |
|---------------------------------|---|---------------------|
| <b>H<sub>1</sub>-Linear:</b>    | Es besteht ein linearer Zusammenhang zwischen Abstinenzzuversicht und Abstinenzrate             | Demmel (2002)       |
| <b>H<sub>1</sub>-uU-förmig:</b> | Es besteht ein umgekehrt U-förmiger Zusammenhang zwischen Abstinenzzuversicht und Abstinenzrate | Herbst              |
| <b>H<sub>1</sub>-Maximal:</b>   | Die absoluten Optimisten haben die höchste Abstinenzrate.                                       | Ilgen et al. (2005) |

### 8.1.1 Methode

Im fünften Block (siehe Abbildung 22) des Baseline-Assessments wurde über den „Confidence Ruler“ von Miller und Rollnick (2002 zitiert nach Jenko, 2008) nach der allgemeinen Abstinenzzuversicht gefragt.

|  |                        |
|--|------------------------|
| Wie zuversichtlich sind Sie, dass es Ihnen gelingen wird, nach Abschluss der<br>Behandlung keinen Alkohol mehr zu trinken? |                        |
| 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10   |                        |
| überhaupt nicht zuversichtlich“  | absolut zuversichtlich |

Des Weiteren wurden in einer Follow-up Erhebung 3 Monate nach der Therapie die Abstinenzraten erfasst. Rückfällig wurden Patienten gewertet, die nicht erreicht werden konnten oder am Telefon angaben, dass sie rückfällig geworden waren oder aufgrund der Stimme der Eindruck bestand, dass die Befragten am Telefon alkoholisiert waren (Jenko, 2008).

Da ein SPSS-Datensatz vorlag, wurden verschiedenste statistische Analysen mit dem Statistikprogramm „IBM SPSS Statistics 24“ durchgeführt. Im Gegensatz zu den Identifizierungsthesen wurden hier alle Patienten berücksichtigt, die sowohl an dem Baseline Assessment als auch am Follow-up teilgenommen haben (N = 114).

Von den 114 Patienten wurden 2 nicht berücksichtigt, da bei der Abstinenzzuversicht ungültige Werte vorlagen.

### 8.1.2 Ergebnisse

Insgesamt gab es N = 112 Patienten, bei denen es sowohl Daten über die Abstinenzzuversicht während der Therapie gab, als auch Daten darüber, ob sie nach 3 Monaten noch abstinent waren oder nicht. Von diesen N = 112 Patienten wurden N = 64 Patienten rückfällig (57,1%). Durchschnittlich gaben alle Befragten während der Therapie einen Zuversichtswert von M = 7,82 an. Der Durchschnitt bei den später Abstinenten lag bei M = 7,94 (SD = 2,06) und der Durchschnitt bei den später Rückfälligen bei M = 7,73 (SD = 2,34). Somit waren



die Abstinenten während der Therapie um 0,21 Punkte optimistischer. Dieser Unterschied war im t-Test jedoch nicht signifikant ( $p = .668$ ).

Mit der folgenden Tabelle 15 soll verdeutlicht werden, dass vor allem die Interpretation der Zuversichtswerte zwischen 0 und 7 (Kumulierte Prozente = 29) mit Vorsicht betrachtet werden müssen, da es sich hier um eine sehr geringe Fallzahl handelt.

*Tabelle 15 Verteilung der Abstinenzraten*

| <b>Abstinenzzuversicht<br/>während der Therapie</b> | <b>Häufigkeit<br/>(N = 112)</b> | <b>%</b> | <b>Kumulierte<br/>Prozente</b> | <b>Abstinenzrate<br/>in %</b> |
|---|---------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------|
| <b>Überhaupt nicht<br/>zuversichtlich</b> 0         | 2                               | 2        | 2                              | 0                             |
| 1   | 2                               | 2        | 4                              | 50                            |
| 2   | 1                               | 1        | 5                              | 100                           |
| 3   | 1                               | 1        | 5                              | 0                             |
| 4   | 1                               | 1        | 6                              | 100                           |
| 5   | 10                              | 9        | 15                             | 30                            |
| 6   | 5                               | 5        | 20                             | 40                            |
| 7   | 10                              | 9        | 29                             | 60                            |
| 8   | 30                              | 27       | 55                             | 43                            |
| 9   | 25                              | 22       | 78                             | 36                            |
| <b>Absolute<br/>Abstinenzzuversicht</b> 10          | 25                              | 22       | 100                            | 48                            |

Besonders interessierte im Rahmen dieser Auswertung die Verteilung der prozentualen Abstinenzrate je nach Zuversichtsangabe. Die durchschnittliche Abstinenzrate lag bei 42,9% (schwarze Linie im Balkendiagramm). Aufgrund der bereits angesprochenen geringen Fallzahl der „0-7er“, wurden die „0-7er“ in einer Gruppe zusammengefasst.

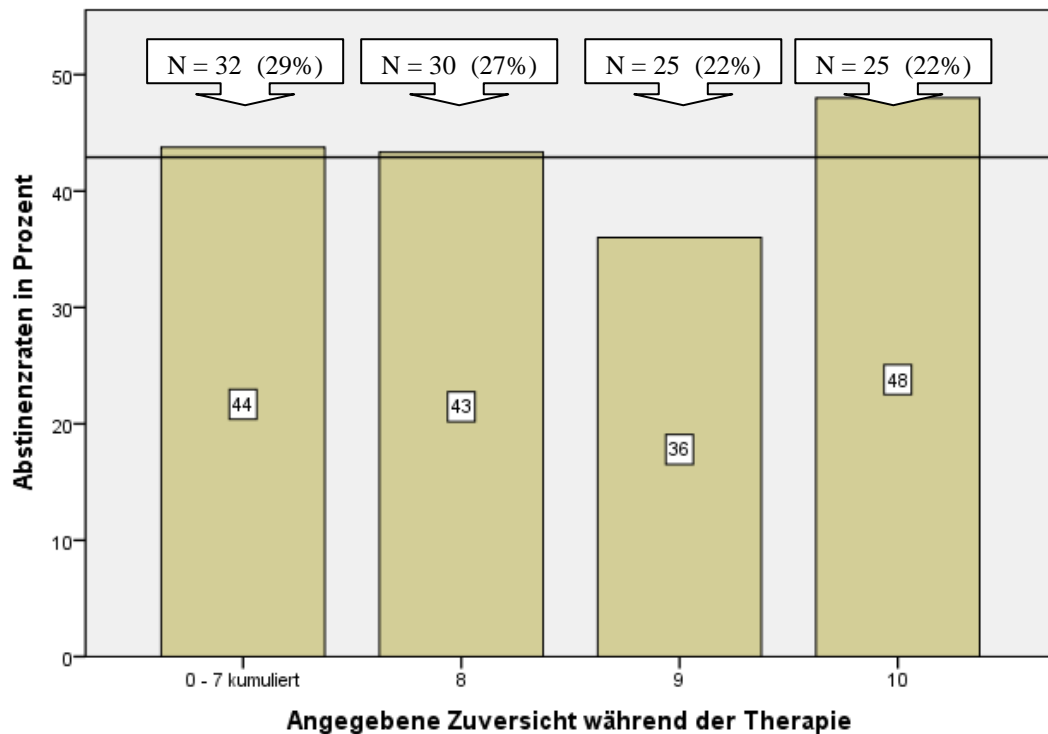


Abbildung 23 Verteilung der Abstinenzraten (0-7 kumuliert)

Insgesamt kann man die Verteilung mit einem U-förmigen Verlauf beschreiben. Denn die „Abstinenzraten in Prozent“ fallen bis zu den „9ern“ und steigen dann auf das Maximum des Gesamtverlaufs von 48% an. Demnach hat die Gruppe der „9er“ die geringste Abstinenzrate und die „10er“ die höchste.

Da die „7er“ eine überdurchschnittlich hohe Abstinenzraten hatten, wurde der Kurvenverlauf nochmal betrachtet, der die „7er“ isolierte und die „0-6er“ kumulierte (siehe Abbildung 24).

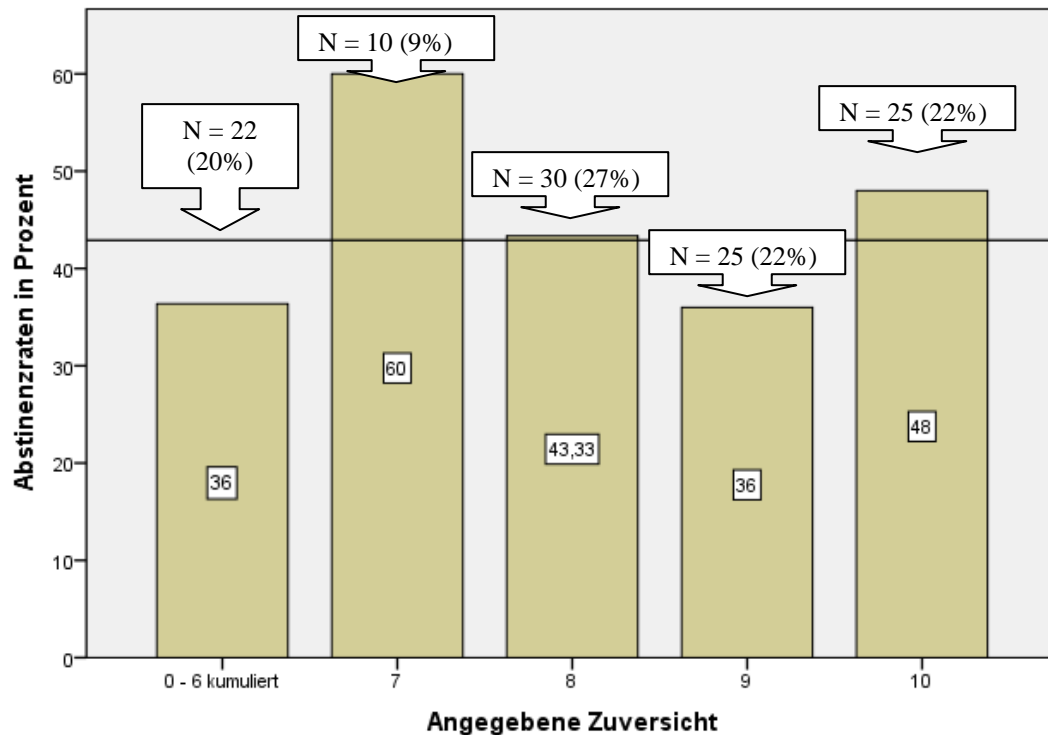


Abbildung 24 Verteilung der Abstinenzraten (0-6 kumuliert)

Insgesamt kann man die Verteilung mit einem N-förmigen Verlauf beschreiben. Die geringsten Abstinenzraten liegen bei den „0-6ern“ und den „9-ern“ (Jeweils bei 36%) und die höchste Abstinenzrate liegt bei den „7ern“ (60%).

Demnach konnte weder „H<sub>1</sub>-U-förmig“ noch „H<sub>1</sub>-Linear“ in dieser Reanalyse bestätigt werden und somit wird jeweils die H<sub>0</sub>-Hypothese beibehalten.

| Hypothesen zum Zielkorridor                         |  |
|---|--|
| <b>H<sub>0</sub>-Linear:</b>                        | Es besteht kein linearer Zusammenhang zwischen Abstinenzzuversicht und Abstinenzrate                       |
| <b><del>H<sub>1</sub>-Linear:</del></b>             | <del>Es besteht ein linearer Zusammenhang zwischen Abstinenzzuversicht und Abstinenzrate</del>             |
| <b>H<sub>0</sub>-Umgekehrt-U-förmig:</b>            | Es besteht kein umgekehrt U-förmiger Zusammenhang zwischen Abstinenzzuversicht und Abstinenzrate           |
| <b><del>H<sub>1</sub>-Umgekehrt-U-förmig:</del></b> | <del>Es besteht ein umgekehrt U-förmiger Zusammenhang zwischen Abstinenzzuversicht und Abstinenzrate</del> |

Weder mit kumulierten Zuversichtswerten noch ohne konnte beobachtet werden, dass die höchste Abstinenzrate bei den absoluten Optimisten liegt.

Somit wurde auch  $H_0$ -Maximum beibehalten.

| <b>Hypothesen zum Zielkorridor</b> |   |
|------------------------------------|---|
| <b><math>H_0</math>-Maximum:</b>   | Die absoluten Optimisten haben nicht die höchste Abstinenzrate. |
| <b><math>H_1</math>-Maximum:</b>   | Die absoluten Optimisten haben die höchste Abstinenzrate.       |

### 8.1.3 Diskussion

„ $H_1$ -Maximum“ konnte in der Reanalyse zwar nicht bestätigt werden, allerdings war bei den absoluten Optimisten durchaus eine außerordentlich hohe Abstinenzrate zu beobachten (48%). Vor allem bei Berücksichtigung der Literaturrecherche kommt der Verfasser dieser Arbeit zu dem Entschluss, dass es eigentlich keinen Zweifel mehr daran geben kann, dass absolute Optimisten, aus prognostischer Sicht äußerst günstig liegen. Die große Skepsis bei den „10ern“ zu Beginn dieser Abschlussarbeit und die Skepsis der befragten Therapeuten (siehe Kapitel 6) lassen sich damit erklären, dass später rückfällige Patienten mit einer maximalen Abstinenzzuversicht im Klinikalltag weniger auffallen, als rückfällige Optimisten und so der Eindruck entsteht, dass absolute Optimisten gefährdeter sind.

Hinsichtlich des Kurvenverlaufs konnte keine der beiden Thesen bestätigt werden („ $H_1$ -Linear“ & „ $H_1$ -Umgekehrt-U-förmig“). Allerdings ist die Aussagekraft dieser Ergebnisse aufgrund der geringen Fallzahl begrenzt. Als interessant wurden die hohen Abstinenzraten bei den „7ern“ bewertet (60%). In Kombination mit dem Ergebnis, dass Therapeuten durchschnittlich einen Zielkorridor von 77% als prognostisch günstig erachten (siehe Kapitel 6), ließ die Vermutung aufkommen, dass der N-förmige Verlauf der Reanalyse mit einer größeren Fallzahl bekräftigt werden könnte. Vor einer weiteren aufwändigen Follow-Up Studie könnte es allerdings effizienter sein, genauer in die von Demmel (2002) zitierten Studien von Burling et al. (1989) und Rychtarik (1992) zu schauen. Denn wie in der

Einleitung des 1. Kapitels bereits geschildert, leitet Demmel (2002), aus diesen beiden Studien einen linearen Zusammenhang ab.

## 8.2 Thesen zu den Identifizierungsmöglichkeiten

Hinsichtlich der Thesenbildung für die Reanalyse wurde der bisherige Thesenkatalog mit der „Zusammenfassung der Studie von Frau Dr. Jenko“ (Kapitel 7) abgeglichen. Dieser Abgleich führte zu folgendem Ergebnis:

*Tabelle 16 Prüfung der Testbarkeit der generierten Hypothesen*

| <b>Hypothesenliste (Nach der Therapeutenbefragung)</b>  | <b>Testbar</b> |
|---|----------------|
| <b>Unrealistische Optimisten lassen sich identifizieren...</b>                                |                |
| ... über Fragebögen zur spezifischen Abstinenzzuversicht.                                     | Ja             |
| ... über die Veränderung der spezifischen Abstinenzzuversicht während der Therapie.           | Nein           |
| ... durch externe Bewerter (Therapeuten, Angehörige, Mitpatienten)                            | Nein           |
| ... indem man Patienten mit einer Nikotinabhängigkeit nach Rauch-Abstinenzzuversicht befragt. | Nicht getestet |
| ... über den Schweregrad der Bio-Psycho-Sozialen Belastung                                    | Ja             |
| ... über affektive Auffälligkeiten.   | Nicht getestet |
| ... über bestimmte Kontrollüberzeugungen (externalisierenden Bewältigungsstil).               | Ja             |
| ... über bestimmte angeborene Temperamente (Vermeidender Bewältigungsstil).                   | Nein           |
| ... durch Tests zur Craving-Wahrnehmung.  | Ja             |
| ... indem man sie nach der Wichtigkeit fragt.   | Ja             |
| ... durch den Faktor „Soziale Erwünschtheit“.   | Nein           |
| ... durch Nachfrage, ob sie selbst den Eindruck haben, dass sie ihre Zuversicht überschätzen. | Nein           |

Im Folgenden werden nochmals kurz die Hypothesen ausgeführt und begründet.

### **Craving-These**

Es wird angenommen, dass realistische Optimisten eher Verlangen bewusst wahrnehmen als rückfällige Optimisten. Vor allem zum Zeitpunkt t1, also direkt nach dem DTCQ-G, werden Unterschiede vermutet, da über den DTCQ-G die Patienten mit typischen Risikosituationen konfrontiert werden.

#### **Hypothese zu Craving t0, t1, t2, t3, t4**

**H<sub>0</sub>: Es gibt keinen Unterschied zwischen abstinenten und rückfälligen Optimisten bzgl. des Craving t0, t1, t2, t3, t4**

**H<sub>1</sub>: Es gibt einen Unterschied zwischen abstinenten und rückfälligen Optimisten bzgl. des Craving t0, t1, t2, t3, t4**

### **These zur spezifischen Abstinenzzuversicht**

Bei der spezifischen Abstinenzzuversicht wird aufbauend auf der eben beschriebenen „Craving-These“ vermutet, dass sich die Ergebnisse bei den abstinenten Optimisten unterscheiden müssten, da davon ausgegangen wird, dass realistische Optimisten eine bessere Selbstwahrnehmung haben. Es wird vermutet, dass die zentrale Tendenz der abstinenten Optimisten zuversichtlicher sein müsste.

#### **Hypothese zur spezifischen Abstinenzzuversicht**

**H<sub>0</sub>: Abstinente und rückfällige Optimisten unterscheiden sich nicht in der Zentralen Tendenz des DTCQ-G**

**H<sub>1</sub>: Abstinente und rückfällige Optimisten unterscheiden sich in der Zentralen Tendenz des DTCQ-G**

### **These zur Wichtigkeit**

Bei der Wichtigkeit wird angenommen, dass realistische Optimisten dadurch auffallen, dass sie im Vergleich zu den rückfälligen Optimisten die Abstinenz als wichtiger bewerten.

#### **Hypothese zu der Wichtigkeit**

**H<sub>0</sub>: Es gibt keinen Unterschied zw. Abstinenten und rückfälligen Optimisten bzgl. der Wichtigkeitseinschätzung der Abstinenz**

**H<sub>1</sub>: Es gibt einen Unterschied zw. Abstinenten und rückfälligen Optimisten bzgl. der Wichtigkeitseinschätzung der Abstinenz**

### **These zur Kontrollüberzeugung**

Bei der Kontrollüberzeugung wird angenommen, dass realistische Optimisten dadurch auffallen, dass sie im Vergleich zu den rückfälligen Optimisten eher zu einem externalisierenden Bewältigungsstil neigen.

#### **Hypothese zur Kontrollüberzeugung**

**H<sub>0</sub>: Bei den Mittelwerten des IPC gibt es keinen Unterschied zwischen abstinenten und rückfälligen Optimisten**

**H<sub>1</sub>: Bei den Mittelwerten des IPC gibt es einen Unterschied zwischen abstinenten und rückfälligen Optimisten**

## Thesen zur Bio-Psycho-Sozialen-Belastung

Hier wurde differenziert zwischen Thesen zu ungünstigen ...

- ... biologischen und psychologischen Faktoren;
- ... und Thesen zu ungünstigen sozialen Faktoren.

Bei den ungünstigen biologischen und psychologischen Faktoren interessierten vor allem die Konsumvariablen. Hier wird angenommen, dass rückfällige Optimisten dadurch gekennzeichnet sind, dass sie im Vergleich zu den abstinenten Optimisten vor Beginn der Therapie mehr und höher frequentiert getrunken haben.

Bei den ungünstigen sozialen Faktoren interessierten Unterschiede im Bildungsniveau (Schule, Ausbildung) und Unterschiede, hinsichtlich der Variable „Feste Bindung“. Es wird vermutet, dass rückfällige Optimisten seltener Schulabschlüsse haben und seltener in festen Bindungen leben.

| Biologische bzw. Psychologische Belastung                                |
|--|
| <b>H<sub>0</sub>: Es gibt keine Unterschiede bei den Konsumvariablen</b> |
| <b>H<sub>1</sub>: Es gibt Unterschiede bei den Konsumvariablen</b>       |

| Ungünstige soziale Faktoren  |
|--|
| <b>H<sub>0</sub>: Es gibt keine Unterschiede bei den Schulabschlüssen</b>  |
| <b>H<sub>1</sub>: Es gibt Unterschiede bei den Schulabschlüssen</b>  |
| <b>H<sub>0</sub>: Es gibt keine Unterschiede bei der Ausbildung</b>  |
| <b>H<sub>1</sub>: Es gibt Unterschiede bei der Ausbildung</b>  |
| <b>H<sub>0</sub>: Es gibt keinen Zusammenhang zwischen „fester Bezugsperson im häuslichen Umfeld“ und realistischen und unrealistischen Optimisten</b> |
| <b>H<sub>1</sub>: Es gibt einen Zusammenhang zwischen „fester Bezugsperson im häuslichen Umfeld“ und realistischen und unrealistischen Optimisten</b>  |



### 8.2.1 Methode

Da für die Fragestellung zur Identifizierung lediglich rückfällige und abstinenten Optimisten interessierten, wurden bei den Auswertungen nur Patienten berücksichtigt, die während der Therapie über den „Confidence Ruler“ von Miller und Rollnick (2002 zitiert nach Jenko, 2008) eine absolute Abstinenzversicht (10) äußerten und bei denen es Angaben darüber gab, ob sie rückfällig wurden oder nicht. Somit lag die Fallzahl der folgenden Analyse bei maximal 25. Die Anzahl schwankt in Abhängigkeit der Vollständigkeit der jeweils berücksichtigten unabhängigen Variablen.

Gegenstand aller Untersuchungen war die Fragestellung, ob es signifikante Unterschiede zwischen den rückfälligen und abstinenten Optimisten gibt. Auch hier wurde das Programm „IBM SPSS Statistics 24“ verwendet.

Um die Ergebnisse besser einordnen zu können, wird im Folgenden genauer beschrieben, welche Mess- und Auswertungsmethoden verwendet wurden.

#### Frage zum Craving t1, t2, t3, t4

Um die These hinsichtlich des Cravings zu testen, wurde an 4 verschiedenen Stellen des Baseline-Assessments auf einer elfstufigen Skala nach der momentanen Stärke des Alkoholverlangens gefragt.

|   |            |
|---|------------|
| Wie stark ist Ihr Verlangen nach Alkohol im Moment? |            |
| 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10          |            |
| nicht vorhanden                                     | sehr stark |

Die Frage nach dem Craving erfolgte,...

1. gleich am Anfang des Assessments;
2. nach der Messung der spezifischen Abstinenzversicht über den DTCQ-G;
3. nach der Erhebung von klinisch relevanten Depressionssymptomen über das „Brief Symptom Inventory“;
4. nach der Untersuchung zur Alkoholwirkungserwartung

### Instrument zur Messung der spezifischen Abstinenzzuversicht

Über eine gekürzte deutschsprachige Version des Drug Taking Confidence Questionnaire von Demmel, Rist und Olbrich (2001, zitiert nach Jenko, 2008) wird die spezifische Abstinenzzuversicht gemessen. Laut Jenko (ebd.) stammt die ursprüngliche Version von Annis, Martin (1985) und Sklar et al. (1997).

Der DTCQ-G besteht insgesamt aus 32 sechstufigen Items. Über diese Items werden die Teilnehmer mit typischen Risikosituationen konfrontiert und müssen daraufhin angeben, wie sicher sie sind, dass sie dem Verlangen nach Alkohol in diesen spezifischen Situationen widerstehen könnten. Die erste Frage lautet beispielhaft wie folgt:

Ich könnte dem Verlangen nach Alkohol widerstehen, wenn ich mich insgesamt  
deprimiert fühlte.

0 – 20 – 40 – 60 – 80 – 100

gar nicht sicher 0%

Ganz sicher 100%

### Messinstrument zur Messung der Wichtigkeit

Um in Erfahrung zu bringen, wie wichtig den einzelnen Teilnehmern die Alkoholabstinenz ist, wurde über den folgenden „Importance Ruler“ von Miller und Rollnick (2002 zitiert nach Jenko, 2008) über eine elfstufige Skala nach der Wichtigkeit gefragt.

Wie wichtig ist es Ihnen, keinen Alkohol mehr zu trinken?  
Wie denken Sie im Moment darüber?

0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

unwichtig

sehr wichtig

## Instrument zur Messung und Auswertung der Kontrollüberzeugungen

Um Unterschiede in der Kontrollüberzeugung zu messen, wird der „IPC-Fragebogen zu Kontrollüberzeugungen“ von Levenson (1972, 1974; in der deutschen Version von Krampen, 1981) verwendet. Kern dieses Fragebogens ist, zwischen einer internalen oder externalen Kontrollüberzeugung zu differenzieren.

Insgesamt beinhaltet dieser Fragebogen 24 sechsstufige Items, bei denen die Befragten eine der folgenden Optionen ausfüllen konnten:

| ---         | --     | -           | +            | ++      | +++          |
|-------------|--------|-------------|--------------|---------|--------------|
| sehr falsch | falsch | eher falsch | eher richtig | Richtig | sehr richtig |

Die erste Frage lautet zum Beispiel: „Es hängt hauptsächlich von mir und von meinen Fähigkeiten ab, ob ich in einer Gruppe eine Führungsposition inne habe oder nicht.“ (Krampen, 1981, S. 28).

Wie aus der Auswertungsschablone von Krampen (1981) zu entnehmen ist, wurden die 24 Antworten in 3 Kategorien aufgeteilt:

1. „Internalität“
2. „Externalität, die durch ein subjektives Gefühl der Machtlosigkeit bedingt ist“
3. „Externalität, die durch Fatalismus bedingt ist“

Es wurde zwischen rückfälligen und abstinenten Optimisten unterschieden und der Mittelwert der verschiedenen 3 Kategorien gebildet.

Über die Stanine-Normen von Krampen (1981) wurden dann diese Werte klassifiziert.

## Fragen zum Konsum, zum Schulabschluss, zur Ausbildung und zum Beziehungsstatus

Wie aus der Dissertation von Frau Dr. Jenko zu entnehmen ist, erfolgte die Erfassung der soziodemografischen und Konsumvariablen auf den Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (2001). Der Fokus der Reanalyse wurde auf folgenden Variablen gelegt:

| Soziodemografische Variablen | Konsumvariablen                                     |
|------------------------------|---|
| Familienstand                | Abstinente Tage vor der Aufnahme                    |
| Partnerbeziehung             | Anzahl der Konsumtage innerhalb der letzten 30 Tage |
| Berufsausbildung             | Trinkmenge innerhalb der letzten 30 Tage            |
| Höchster Schulabschluss      | Anzahl der bisherigen Entzugsbehandlungen           |
|                              | Erste Entzugsbehandlung wegen Alkohol               |

Beim **Familienstand** hatten die Probanden die Möglichkeit zwischen (1) ledig, (2) eingetragene Lebenspartnerschaft, (3) verheiratet, zusammenlebend, (4) verheiratet, getrennt lebend, (5) geschieden und (6) verwitwet auszuwählen.

Für diese Untersuchung wurde die Variable „Familienstand“ in eine neue Variable umgewandelt. Die neue Variable wurde **„Familienstand II“** genannt. Bei dieser neuen Variable wurde nur noch zwischen „Aktuell feste Bezugsperson im häuslichen Umfeld“ und „Aktuelle keine feste Bezugsperson im häuslichen Umfeld“ unterschieden. Konkret wurden die alten Items wie folgt umgewandelt:

|   |   |  |
|---|---|--|
| Alte Variable<br><b>„Familienstand“</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• (2) Eingetragene Lebensgemeinschaft</li> <li>• (3) Verheiratet, zusammen lebend</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• (1) Ledig</li> <li>• (4) Verheiratet, getrennt lebend</li> <li>• (5) Geschieden</li> <li>• (6) Verwitwet</li> </ul> |
|   | ↓   | ↓  |
| <b>„Familienstand II“</b>               | Feste Bezugsperson im häuslichen Umfeld (1)   | Keine feste Bezugsperson im häuslichen Umfeld (2)  |

Da aufgrund dieser Veränderung die Hypothese „Es gibt Unterschiede hinsichtlich fester Bindungen“ nicht mehr passte, wurde diese Hypothese durch „Es gibt Unterschiede hinsichtlich fester Bezugsperson im häuslichen Umfeld“ ersetzt.

| Hypothese hinsichtlich fester Bezugsperson   |
|--|
| <del>H<sub>0</sub>: Es gibt Unterschiede hinsichtlich fester Bezugsperson im häuslichen Umfeld</del> |
| H <sub>1</sub> : Es gibt Unterschiede hinsichtlich fester Bezugsperson im häuslichen Umfeld          |

Auch die Variable „**Partnerbeziehung**“ in dem Datensatz von Frau Dr. Jenko wurde in die Variable „**Partnerbeziehung II**“ umgewandelt. Bei der ursprünglichen Variable „**Partnerbeziehung**“ bestand die Wahl zwischen (1) allein stehend, (2) zeitweilige Beziehung(en) (länger als ein Monat) und (3) feste Beziehung (länger als ein halbes Jahr). In der neuen Variable „**Partnerbeziehung II**“ wurden die Items „zeitweilige Beziehung(en) (länger als ein Monat)“ und „feste Beziehung (länger als ein halbes Jahr)“ zusammengeführt in die Variable „Beziehung länger als ein Monat“.

|  |  |  |
|--|--|--|
| Alte Variable<br>„ <b>Partnerbeziehung</b> “ | <ul style="list-style-type: none"> <li>• allein stehend</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• zeitweilige Beziehung(en) (länger als ein Monat)</li> <li>• feste Beziehung (länger als ein halbes Jahr)</li> </ul> |
|  | ↓  | ↓  |
| „ <b>Partnerbeziehung II</b> “               | allein stehend   | Beziehung länger als ein Monat   |

## 8.2.2 Ergebnisse

### Ergebnisse zur Craving-Wahrnehmung

Bei allen Messzeitpunkten (t0, t1, t2, t3, t4) haben alle rückfälligen Optimisten angegeben (N = 13), dass das Verlangen nach dem Alkohol momentan „nicht vorhanden“ sei.

|   |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|------------|--|--|--|--|--|
| Wie stark ist Ihr Verlangen nach Alkohol im Moment? |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |
| 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10          |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |
| nicht vorhanden                                     |  |  |  |  | sehr stark |  |  |  |  |  |

Von den 12 abstinenten Optimisten hat lediglich einer zum Zeitpunkt t0 mit dem Zahlenwert 1 angegeben, dass momentan das Verlangen nach Alkohol sehr leicht vorhanden sei. Bei allen weiteren Craving-Messungen (t1, t2, t3, t4) war allerdings auch bei dieser Person, so wie bei allen anderen 24 Optimisten kein Verlangen messbar.

Aufgrund dieser Verteilung kann keine weitere Berechnung durchgeführt werden. Es gab daher keinen Hinweis auf einen Unterschied in der Craving-Wahrnehmung zwischen abstinenten und rückfälligen Optimisten.

Aufgrund dieser Ergebnisse wird die  $H_0$ -Hypothese beibehalten.

| Hypothese zu Craving t0, t1, t2, t3, t4   |
|---|
| <b><math>H_0</math> : Es gibt keinen Unterschied zwischen abstinenten und rückfälligen Optimisten bzgl. des Craving t0, t1, t2, t3, t4</b>          |
| <del><b><math>H_1</math>: Es gibt einen Unterschied zwischen abstinenten und rückfälligen Optimisten bzgl. des Craving t0, t1, t2, t3, t4</b></del> |

## Ergebnisse zur spezifischen Abstinenzzuversicht

Alle 25 Optimisten haben mindestens 21 der 32 DTCQ-G Fragen beantwortet. Bei folgender Boxplot-Analyse fiel allerdings auf, dass es 2 Ausreißer gab und die von daher bei der weiteren Analyse zur spezifischen Abstinenzzuversicht ausgeschlossen wurden.

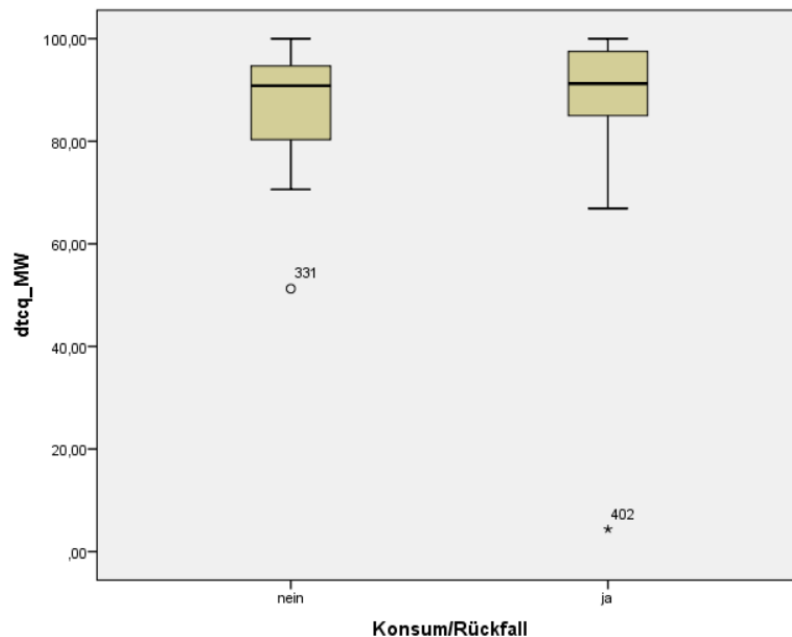


Abbildung 25 Ergebnisse zur spezifischen Abstinenzzuversicht (Boxplot-Analyse)

Insgesamt wurden bei der Hypothesengenerierung 2 Thesen aufgeworfen:

- Abstinente Optimisten haben eine bessere Selbstwahrnehmung und deshalb wird davon ausgegangen, dass sich deren Ergebnisse mehr streuen.
- Im Schnitt haben die abstinenten Optimisten höhere DTCQ-G Werte.

Beide Thesen konnten so nicht bestätigt werden. Der Mittelwert der rückfälligen Optimisten ( $N = 12$ ) lag bei 90,31 ( $SD = 9,41$ ) und der Mittelwert der abstinenten Optimisten ( $N = 11$ ) lag bei 88,67 ( $SD = 9,06$ ).

Der t-Test führte zu dem Ergebnis, dass es keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden unabhängigen Gruppen gibt ( $p = .68$ ).

Zusammengefasst wird aufgrund dieser Ergebnisse  $H_0$  beibehalten.

| Hypothese zur spezifischen Abstinenzzuversicht  |
|---|
| <b>H<sub>0</sub>: Abstinente und rückfällige Optimisten unterscheiden sich nicht in der Zentralen Tendenz des DTCQ-G</b>      |
| <b><del>H<sub>1</sub>: Abstinente und rückfällige Optimisten unterscheiden sich in der Zentralen Tendenz des DTCQ-G</del></b> |

### Ergebnisse zur Wichtigkeit

Von den insgesamt 25 Optimisten haben 24 Angaben zur Wichtigkeit gemacht. Lediglich ein rückfälliger Optimist hat mit einem Zahlenwert von 6 einen anderen Wert als alle anderen Optimisten angegeben. Denn alle anderen haben mit einem Zahlenwert von 10 angegeben, dass ihnen die Alkoholabstinenz sehr wichtig ist.

|  |              |
|--|--------------|
| Wie wichtig ist es Ihnen, keinen Alkohol mehr zu trinken?<br>Wie denken Sie im Moment darüber? |              |
| 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10   |              |
| unwichtig  | sehr wichtig |

Somit lag der Mittelwert der abstinenten Optimisten bei 10 und der Mittelwert der rückfälligen Optimisten bei  $M = 9,67$  ( $SD = 1,16$ ). Der t-Test ergab einen p-Wert von  $p = .34$ . Somit wird  $H_1$  verworfen und  $H_0$  beibehalten.

| Hypothese zu der Wichtigkeit  |
|---|
| <b>H<sub>0</sub>: Es gibt keinen Unterschied zwischen abstinenten und rückfälligen Optimisten bzgl. der Wichtigkeitseinschätzung der Abstinenz</b>      |
| <b><del>H<sub>1</sub>: Es gibt einen Unterschied zw. abstinenten und rückfälligen Optimisten bzgl. der Wichtigkeitseinschätzung der Abstinenz</del></b> |



## Ergebnisse zur Kontrollüberzeugung

Bei keiner der 3 Subgruppen ((1) Internalität, (2) sozial bedingte Externalität, (3) fatalistische Externalität) gibt es einen signifikanten Unterschied zwischen abstinenten und rückfälligen Optimisten.

Die Ergebnisse zu den Mittelwerten erscheinen widersprüchlich. Auf der einen Seite sind rückfällige Optimisten im Vergleich zu den abstinenten Optimisten eher davon überzeugt, dass sie das Leben und wichtige Ereignisse selbst bestimmen und beeinflussen können. Auf der anderen Seite glauben sie im Schnitt auch eher daran, dass Dinge von mächtigen Anderen und vom Schicksal abhängen.

*Tabelle 17 Vergleich abstinenten und rückfälliger Optimisten hinsichtlich verschiedener Kontrollüberzeugungen (IPC)*

| Durchschnittliche Summe...                    | Abstinenten Optimisten<br>M (SD)                    | Rückfällige Optimisten<br>M (SD)               | p-Wert |
|---|---|--|--------|
| ...Internalität <sup>6</sup>                  | 35 (3,98)<br>Durchschnittliche Internalität         | 37 (4,04)<br>Durchschnittliche Internalität    | .23    |
| ...sozial bedingter Externalität <sup>7</sup> | 19,92 (7,09)<br>Unterdurchschnittliche Externalität | 22,69 (6,32)<br>Durchschnittliche Externalität | .31    |
| ...fatalistischer Externalität <sup>8</sup>   | 20,42 (6,60)<br>Unterdurchschnittliche Externalität | 22,08 (5,04)<br>Durchschnittliche Externalität | .49    |

Vergleicht man diese Werte mit einer Zufallsstichprobe von 869 deutschen Erwachsenen, sind alle Ergebnisse durchschnittlich bis auf die „sozial bedingte“ und „fatalistische Externalität“ bei den abstinenten Optimisten (Krampen, 1981).

<sup>6</sup>Je höher der Wert, desto mehr glaube ich, dass Ereignisse von meinen Fähigkeiten abhängen

<sup>7</sup>Je höher der Wert, desto mehr glaube ich, dass Ereignisse von mächtigen anderen abhängen

<sup>8</sup>Je höher der Wert, desto mehr glaube ich, dass Ereignisse vom Schicksal abhängen

Denn bei den abstinenten Optimisten waren diese Werte im Vergleich zu der Zufallsstichprobe „unterdurchschnittlich“ (ebd.).

| Hypothese zur Kontrollüberzeugung   |
|---|
| <b>H<sub>0</sub>: Bei den Mittelwerten des IPC-Summen gibt es keinen Unterschied zwischen abstinenten und rückfälligen Optimisten</b>           |
| <del><b>H<sub>1</sub>: Bei den Mittelwerten des IPC-Summen gibt es einen Unterschied zwischen abstinenten und rückfälligen Optimisten</b></del> |

### Ergebnisse hinsichtlich der Konsumvariablen

Bei keiner der Konsumvariablen gab es einen signifikanten Unterschied zwischen den rückfälligen und abstinenten Optimisten.

| Biologische bzw. Psychologische Belastung  |
|--|
| <b>H<sub>0</sub>: Es gibt keine signifikanten Unterschiede bei den Konsumvariablen</b>     |
| <del><b>H<sub>1</sub>: Es gibt signifikante Unterschiede bei den Konsumvariablen</b></del> |

Die abstinenten Optimisten hatten im Durchschnitt mehr abstinente Tage vor der Behandlung ( $M = 8,2$ ,  $SD = 6,8$ ), waren im Schnitt älter bei ihrer ersten Entzugsbehandlung ( $M = 44,5$ ,  $SD = 3,8$ ), hatten bereits häufiger Entzugsbehandlungen ( $M = 1,8$ ), hatten mehr Kosumtage 30 Tage vor Abstinenzbeginn ( $M = 17,2$ ,  $SD = 9,42$ ), berichten von mehr negativen Folgen durch den Alkohol ( $M = 2,2$ ,  $SD = 1,71$ ) und haben 30 Tage vor der Behandlung etwas weniger reinen Alkohol an einem typischen Trinktag getrunken ( $M = 165$ ,  $SD = 119,3$ ).

Zusammengefasst wurden diese Ergebnisse nochmals auf folgender Seite (siehe Tabelle 18).

Tabelle 18 Ergebnisse hinsichtlich der Konsumvariablen

|   | <b>Abstinente Optimisten</b><br>M (SD) | <b>Rückfällige Optimisten</b><br>M (SD) | <b>P</b> |
|---|--|---|----------|
| <b>Abstinente Tage vor der Behandlung</b>   | 8,2 (6,77)                             | 7,5 (10,48)                             | .86      |
| <b>Alter bei der ersten Entzugsbehandlung</b>   | 44,5 (3,81)                            | 42,6 (8,35)                             | .57      |
| <b>Anzahl der Entzugsbehandlungen</b>   | 1,83                                   | 1,23                                    | .56      |
| <b>Konsumtage, 30 Tage vor Abstinenzbeginn</b>  | 17,17 (9,42)                           | 16,08 (11,8)                            | .80      |
| <b>Anzahl aufgetretener negativer Folgen<sup>9</sup> des Konsums innerhalb der letzten 6 Monate</b> | 2,25 (1,71)                            | 1,67 (1,15)                             | .34      |
| <b>Trinkmenge reiner Alkohol (in Gramm) an einem typischen Trinktag</b>                             | 165 (119,3)                            | 166,46 (102,34)                         | .97      |

### Ergebnisse Höchster Schulabschluss und Berufsausbildung

Der t-Test für ungleiche Varianzen ergab bei der Variable „Höchster Schulabschluss“ einen p-Wert von  $p = .063$ . Dies bedeutet, dass es keinen signifikanten, aber einen Trend-Unterschied gibt zwischen den Schulabschlüssen der rückfälligen und abstinente Optimisten. Vergleicht man die Mittelwerte der rückfälligen ( $M = 1,1$ ,  $SD = 0,64$ ) mit den der abstinente Optimisten ( $M = 1,82$ ,  $SD = 1,08$ ) fällt auf, dass die abstinente Optimisten tendenziell einen höheren Abschluss erreicht haben.

| <b>Skalenwert</b> | <b>0</b>                             | <b>1</b>                 | <b>2</b>                | <b>3</b>          |
|-------------------|--------------------------------------|--------------------------|-------------------------|-------------------|
|                   | Sonderschule/<br>Keine<br>Ausbildung | Hauptschul-<br>abschluss | Realschul-<br>abschluss | (Fach-)<br>Abitur |

<sup>9</sup> Negative Folgen stichwortartig Zusammengefasst:

- (1) Alkoholisiert am Verkehr teilgenommen
- (2) Etwas peinliches gesagt bzw. getan
- (3) Schlecht geschlafen
- (4) Kater
- (5) Übergeben

Bei der Berufsausbildung konnte mit einem p-Wert von .43 zwischen den beiden unabhängigen Variablen kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden unabhängigen Variablen ( $p = .43$ ) beobachtet werden. Vergleicht man die Mittelwerte der rückfälligen ( $M = 1,62$ ,  $SD = 0,77$ ) mit den der abstinenten Optimisten ( $M = 1,83$ ,  $SD = 0,58$ ) fällt auf, dass die abstinenten Optimisten eher in Richtung abgeschlossene Ausbildung tendieren.

*Tabelle 19 Ergebnisse Höchster Schulabschluss und Berufsausbildung*

|   | <b>Abstinenten<br/>Optimisten</b><br>M ( SD) | <b>Rückfällige<br/>Optimisten</b><br>M (SD) | <b>p-Wert</b> |
|---|--|---|---------------|
| <b>Höchster<br/>erreichter<br/>Schulabschluss</b> | 1,82 (1,08)                                  | 1,08 (0,64)                                 | .06           |
| <b>Berufsausbildung</b>                           | 1,83 (0,58)                                  | 1,62 (0,77)                                 | .43           |

| <b>Ungünstige soziale Faktoren</b>  |
|---|
| <b>H<sub>0</sub>: Es gibt keine Unterschiede bei den Schulabschlüssen</b> |
| <b>H<sub>1</sub>: Es gibt Unterschiede bei den Schulabschlüssen</b>       |
| <b>H<sub>0</sub>: Es gibt keine Unterschiede bei der Ausbildung</b>       |
| <b>H<sub>1</sub>: Es gibt Unterschiede bei der Ausbildung</b>             |

## Ergebnisse hinsichtlich fester Bezugsperson im häuslichen Umfeld

Der Chi-Quadrat-Test hat ergeben, dass es einen signifikanten Zusammenhang zwischen den rückfälligen und abstinenten Optimisten gibt ( $p = .007$ ). Wie angenommen hatten abstinente Optimisten häufiger eine feste Bezugsperson im häuslichen Umfeld, als rückfällige Optimisten (siehe Abbildung 26).

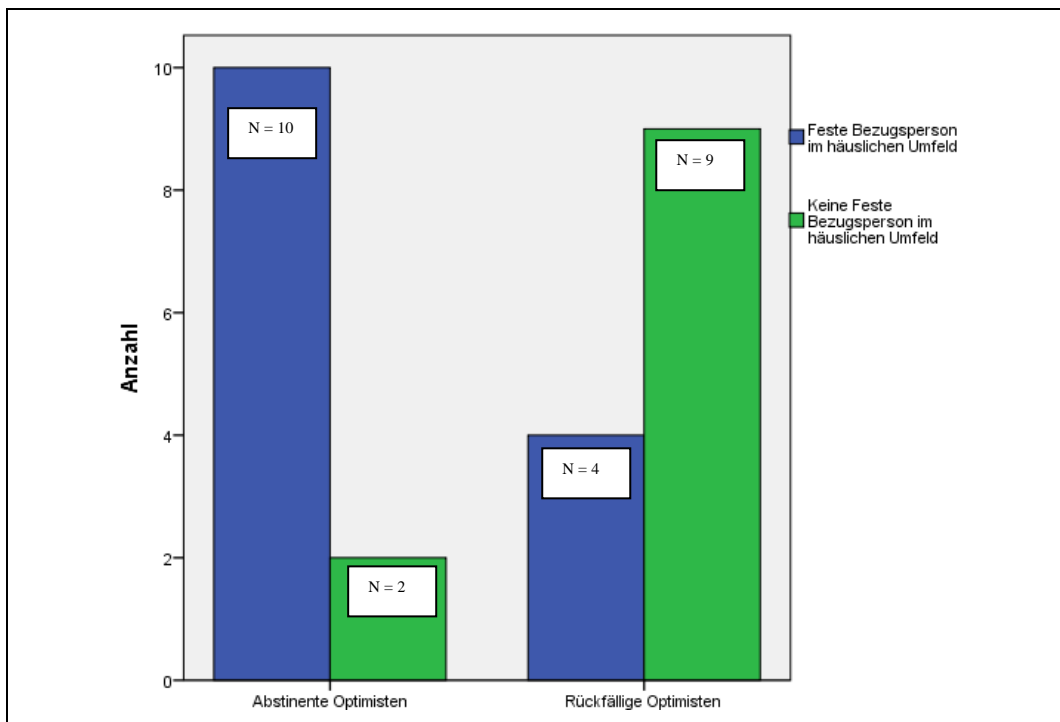


Abbildung 26 Vergleich abstinenter und rückfälliger Optimisten mit Bezugnahme auf die Variable „Familienstand II“

Somit wird  $H_0$  verworfen bzw.  $H_1$  beibehalten.

### Ungünstige soziale Faktoren

~~$H_0$ : Es gibt keinen Zusammenhang zwischen „fester Bezugsperson im häuslichen Umfeld“ und realistischen und unrealistischen Optimisten~~

$H_1$ : Es gibt einen Zusammenhang zwischen „fester Bezugsperson im häuslichen Umfeld“ und realistischen und unrealistischen Optimisten

## Ergebnisse hinsichtlich „Alleinstehend“ versus „Beziehung länger als ein Monat“

Der Chi-Quadrat-Test hat ergeben, dass es einen signifikanten Zusammenhang zwischen den rückfälligen und abstinenten Optimisten gibt ( $p = .01$ ). Wie angenommen gibt es einen Zusammenhang zwischen „Alleinstehenden“ realistischen und unrealistischen Optimisten (siehe Abbildung 27).

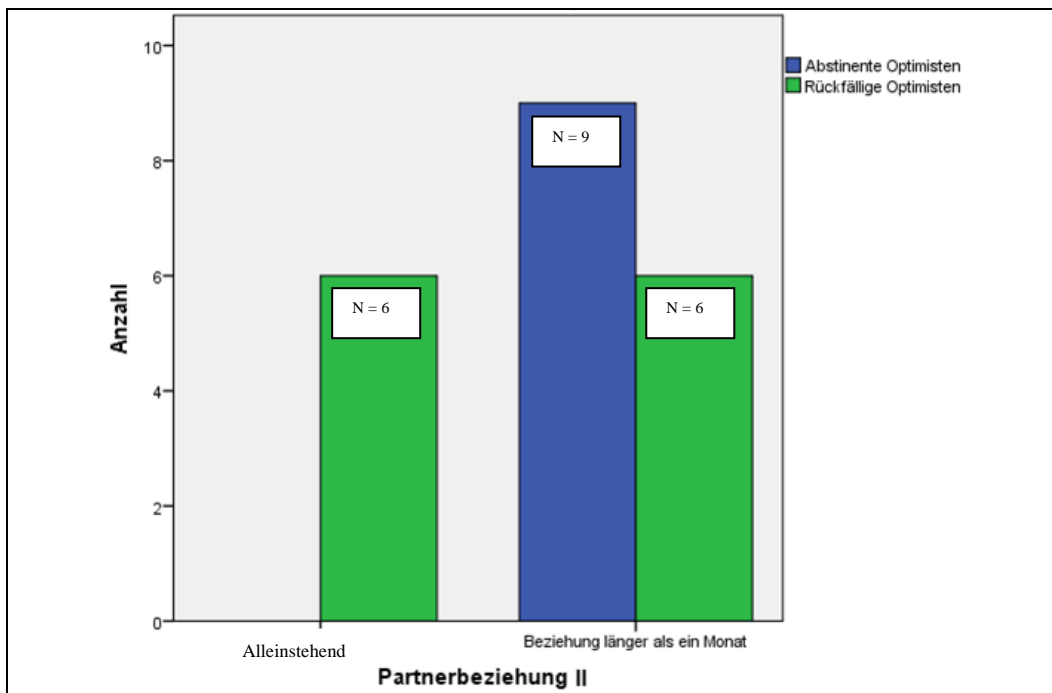


Abbildung 27 Vergleich abstinente und rückfällige Optimisten mit Bezugnahme auf die „Partnerbeziehung II“

Somit wird  $H_0$  verworfen bzw.  $H_1$  beibehalten.

### Ungünstige soziale Faktoren

**~~$H_0$ : Es gibt einen Zusammenhang zwischen „Alleinstehenden“ realistischen und unrealistischen Optimisten~~**

**$H_1$ : Es gibt einen Zusammenhang zwischen „Alleinstehenden“ realistischen und unrealistischen Optimisten**

### 8.2.3 Diskussion

Aufbauend auf Zingg et al. (2008) entwickelte der Autor die These, dass abstinente Optimisten im Vergleich zu den rückfälligen Optimisten höhere „Craving“-Angaben machen müssten. Diese These konnte über die Studie von Frau Dr. Jenko nicht bekräftigt werden.

Denn bei der hier ausgewerteten Studie fiel auf, dass sowohl die rückfälligen als auch die abstinenten Optimisten dadurch geprägt waren, dass sie, bis auf einen, zu keinem der Messzeitpunkte keinen Suchtdruck verspürten.

Dieses Ergebnis spricht für die These, dass ein geringes Erregungsniveau und eine hohe Abstinenzzuversicht korrelieren (Loeber et al., 2006).

Dennoch lohnt sich für weitere Studien nochmals ein Blick in die Veröffentlichung von Zingg et al. (2008). Es interessiert vor allem die Frage, „Wie wurden diese Ergebnisse abgeleitet und lassen sich diese replizieren?“. Denn für deren Theorie sprechen...

- ..., die klinischen Beobachtungen, dass es Patienten gibt, die ihre Suchtdruckwahrnehmung sprunghaft beschreiben (siehe Abbildung 6).
- ..., vorgestellte Vermeidungstheorien (siehe Kapitel 3).
- ..., die Beobachtung, dass bei Alkoholikern vermehrt die Abnahme der Erregbarkeit von Nervenzellen zu beobachten ist (Weiss et al., 2014; siehe auch Kapitel 3).

Aber auch die Daten von Frau Dr. Jenko lieferten ein Argument, welches für weitere Untersuchungen diesbezüglich spricht. Denn es fiel auf, dass die DTCQ-G Werte, anders als erwartet, bei den rückfälligen Optimisten höherer waren als bei den abstinenten Optimisten. Wenn es tatsächlich so ist, wie Loeber et al. (2006) beschreiben, dass die Abstinenzzuversicht und Erregungsniveau zusammenhängen, könnte man den geringeren Wert der abstinenten Optimisten bei den DTCQ-G Mittelwerten als ein Indiz dafür sehen, dass abstinente Optimisten Suchtdruck besser wahrnehmen als rückfällige Optimisten.

Auch wenn dies der Craving-These widerspricht, wurde bei den Mittelwerten des DTCQ-G erwartet, dass abstinente Optimisten zuversichtlicher sind. Diese These

wurde von der Goldbeck et al. (1997) -Studie abgeleitet, die zu dem Ergebnis kam, dass hohe spezifische Abstinenzzuversichtswerte gute Prädiktoren für eine erfolgreiche Therapie sind. Bei den Optimisten der Reanalyse allerdings war es so, dass geringere Werte ein besserer Prädiktor für eine spätere Abstinenz waren. Dies wiederum regt die Diskussion um die Zielkorridor-These an. Wobei auch hier nochmals betont werden muss, dass keine signifikanten Unterschiede zwischen rückfälligen und abstinenten Optimisten bei den DTCQ-G Mittelwerten gefunden werden konnten.

Wie angenommen bewerteten abstinenten Optimisten die Abstinenz wichtiger, allerdings auch nicht signifikant. Des Weiteren muss man, wie bei allen Ergebnissen berücksichtigen, dass es sich bei der Reanalyse um eine geringe Fallzahl handelte ( $N = 25$ ) und dies die Verlässlichkeit der Aussagen reduziert.

Die These zur Kontrollüberzeugung konnte durch die Auswertung bekräftigt werden. Denn es war wie angenommen so, dass die rückfälligen Optimisten eher zu einem externalisierenden Bewältigungsverhalten tendierten als die abstinenten. Allerdings war keiner der Unterschiede signifikant. Irritierend war das Ergebnis, dass trotz größerer Externalität rückfällige Optimisten, im Vergleich zu den abstinenten, geringere Werte bei der Internalität hatten. Dies bedarf nochmals einer intensiveren Auseinandersetzung mit dem IPC-Fragebogen von Krampen (1981).

Bei den Konsumvariablen fiel auf, dass die Trinkmenge reiner Alkohol an einem typischen Trinktag, bei allen absoluten Optimisten sehr hoch war. „Sehr hoch“ wird abgeleitet aus einer Übersicht des Fachverband Sucht e.V. (2010), die einen Konsum größer gleich 120 g als „Hochkonsum“ werten. Mit durchschnittlichen Werten über 165 g, lagen sowohl unrealistische als auch realistische Optimisten deutlich über der 120 g Schwelle. Ein Studie von insgesamt  $N = 7912$  befragten Erwachsenen zwischen 18 und 64 Jahren ergab, dass insgesamt 0,4 % der Befragten 120 g oder mehr reinen Alkohol innerhalb der letzten 30 Tage an einem typischen Trinktag getrunken haben (ebd.). Im Nachhinein kam der Gedanke auf, dass es noch einmal interessant sein könnte zu prüfen, ob es Ausreißer gab, denn dies könnte aufgrund der geringen Fallzahl  $N = 25$  deutlich die Werte



beeinflussen. Von daher sollten diese Ergebnisse näher analysiert werden, bevor weitere Schlüsse daraus gezogen werden.

Abgesehen von der Trinkmenge wurden die sonstigen Ergebnisse zu den Konsumvariablen entgegen der Erwartung als unauffällig gewertet.

Der Verdacht, dass eine Identifizierung unrealistischer Optimisten über den höchst erreichten Schulabschluss möglich sein könnte, hat sich mit einem p-Wert von  $p = .06$  verstärkt. Von daher macht es Sinn, über weitere Studien zu prüfen, ob sich die Daten bei einer größeren Fallzahl verändern. Sollte sich der Verdacht erhärten, dass der Schulabschluss bei der Identifizierung von unrealistischen Optimisten eine wichtige Variable darstellt, drängt sich die Frage auf, „Welche Schlüsse man aus diesen Ergebnissen ziehen kann?“. Beispielsweise weist der Chancenspiegel 2017 der Bertelsmann Stiftung (2017) darauf hin, dass die Schulbildung sehr stark von der Sozialen Herkunft abhängt. Insofern liegt die Annahme nahe, dass rückfällige Optimisten häufiger in einer vergleichsweisen belasteten Umwelt leben. Sollte sich diese Beobachtung über eine größere Fallzahl replizieren lassen, wäre es empfehlenswert, dass Therapeuten verstärkt bei Optimisten auf den Schulabschluss bzw. auf das soziale Umfeld achten, denn daraus können beispielsweise relevante Schlussfolgerungen für die Post-Akut-Phase abgeleitet werden (z.B. Suchtbelastetes Umfeld (Risikofaktor) → Argument für eine stationären Langzeittherapie bzw. Angehörigengespräche).

Als hochinteressant wurde gewertet, dass ein signifikanter Zusammenhang beobachtet werden konnte ( $p = .007$ ), wenn Optimisten entweder eine feste Bezugsperson im häuslichen Umfeld hatten oder nicht. Demnach kann man sagen, dass es sich um unrealistische Optimisten handelt, wenn Patienten keine feste Bezugsperson im häuslichen Umfeld haben. Gleiches konnte, bei der Variable „Partnerbeziehung II“ beobachtet werden. Diesbezüglich war das Ergebnis, dass bei der Reanalyse die Aussage zutraf, dass es sich um unrealistische Optimisten handelt, wenn Patienten „alleinstehend“ bzw. in keiner festen Beziehung sind, die bereits länger als einen Monat andauert ( $p = .01$ ). Die Daten von Zingg et al. (2009) deuten in die ähnliche Richtung, denn sie beobachteten, dass unrealistische Optimisten vor allem in einer bestimmten Gruppe (Patienten, die in einer

stationären Langzeittherapie sind) zu finden waren und dass diese Gruppe dadurch charakterisiert werden konnte, dass sie im Vergleich zu den anderen Gruppen („Ambulante“ und „Stationäre Kurzzeit“ Patienten) häufiger geschieden oder ledig waren.

## 9 Abschließende Diskussion

Das gesamte Forschungsanliegen wurde dadurch initiiert, dass der Eindruck entstand, dass Patienten, die eine absolute Abstinenzzuversicht äußern, besonders gefährdet sind, weil ihnen die wichtige Sensibilität für Rückfallgefahren fehlt. Aus dem Ergebnis, dass 59% von 148 Therapeuten zumindest „eher pessimistisch“, wenn nicht sogar „pessimistisch“ ankreuzten, wenn Patienten eine absolute Abstinenzzuversicht äußerten, schließt der Autor, dass es sich hierbei nicht nur um einen subjektiven Eindruck handelt, sondern dass es zahlreichen Suchttherapeuten genauso ergeht.

Eine der zentralen Fragen dieser Arbeit war die Frage nach dem Zielkorridor:

**„Wo sollte der Zielkorridor bei Single-Item-Fragen zur  
Abstinenzzuversicht liegen?“.**

Es stand die Annahme im Raum, dass die „8er“ und „9er“ bzw. die „80-Prozentigen“ und „90-Prozentigen“ prognostisch am günstigsten liegen. Ohne die Literaturrecherche käme der Autor zu dem Ergebnis, dass sich seine These bekräftigt hätte und dass das Ziel tatsächlich ungefähr in dem genannten Bereich liegen sollte. Denn die Reanalyse führte zu dem Ergebnis, dass die „70-Prozentigen“ besonders günstig liegen (6 von 10 „70-Prozentigen“ blieben abstinent), und 137 Therapeuten gaben an, dass sie bei einem Mittelwert von  $M = 77\%$  am zuversichtlichsten sind.

Allerdings führte die Literaturrecherche zu dem Ergebnis, dass es eigentlich keinen Zweifel daran geben kann, dass die „100-Prozentigen“ die beste Prognose haben. Auch wenn die Abstinenzrate bei den „70-Prozentigen“ bei der Reanalyse am besten war, spiegelte auch die Reanalyse eine Tendenz in Richtung 100% wider. Denn eine Abstinenzrate von 48% bei 25 Patienten war auffällig gut. Hinzu kommt, dass die 60%-Abstinenzrate bei den „70-Prozentigen“ aufgrund der geringen Fallzahl ( $N = 10$ ) in Frage gestellt werden muss.

Der Autor kommt zu dem Entschluss, dass man alleine über die allgemeine Abstinenzzuversicht nicht sagen kann, wieviel Abstinenzzuversicht gut oder schlecht ist. Allerdings denkt er schon, dass man bezogen auf die Gesamtheit ganz nach Bandura (1997), Marlatt und Witkiewitz (2005) und Demmel (2002) sagen kann, dass je höher die Abstinenzzuversicht umso geringer auch die Rückfallgefahr ist.

Aus diesem Fazit könnte man ableiten, dass der Autor der Aussage von Ilgen et al. (2005), Behandler sollten eine maximale Abstinenzzuversicht anstreben, zustimmt. Dem ist nicht so. Denn bei einer derartigen Empfehlung für Behandler befürchtet er, dass gefährliche Schlussfolgerungen für die Praxis gezogen werden könnten. Denn die Empfehlung von Ilgen et al. (2005) gewichtet die Gefahr eines unrealistischen Optimismus wohl nicht ausreichend und könnte dazu führen, dass Therapeuten eine rückfallgefährdende Überhöhung bekräftigen oder sogar noch weiter ausbauen.

Von daher zieht er aus den Ergebnissen dieser Arbeit für Behandler folgende Schlüsse:

Sollten Patienten keine absolute Abstinenzzuversicht haben, sollten Therapeuten sich immer fragen, ob eine Möglichkeit besteht, die Abstinenzzuversicht noch weiter auszubauen. Dabei sollte berücksichtigt werden, dass hinter einer nahezu absoluten Abstinenzzuversicht durchaus eine funktionale Zurückhaltung stecken könnte, die vor Rückfällen schützt und somit eine weitere Erhöhung nicht zielführend sein könnte. Bei Patienten mit einer absoluten Abstinenzzuversicht hingegen würde er immer empfehlen, dass sich Therapeuten die Frage stellen, ob aus ihrer Sicht eine überhöhte Abstinenzzuversicht vorliegt oder nicht.

Das führt zur Kernfrage dieser Arbeit:

|   |
|---|
| <b>„Wie lassen sich unrealistische Optimisten identifizieren?“.</b> |
|---|

Wie die Ergebnisse von Goldbeck et al. (1997) zeigten, erscheint die Therapeuteneinschätzung tatsächlich als ein wichtiges und praxistaugliches Instrument. Denn wenn Therapeuten bei absoluten Optimisten tendenziell

optimistisch waren, stimmte dies in 75% aller Fälle. Wenn zusätzlich die Patienten noch tendenziell den Eindruck hatten, dass sie nach der Therapie keine weitere Unterstützung bei ihrem Abstinenzziel benötigten, handelte es sich sogar in 10 von 10 Fällen um unrealistische Optimisten (ebd.).

Des Weiteren konnten weitere vielversprechende Wege gefunden werden, um die Vermutung zu überprüfen, dass der Patient seine Abstinenzzuversicht dysfunktional erhöht (siehe Tabelle 12, Kapitel 3 und Kapitel 4).

Die Reanalyse bekräftigte die Annahme, dass unrealistische Optimisten vor allem dadurch zu erkennen sind, dass sie seltener in festen Bindungen sind und vergleichsweise einen schlechteren Schulabschluss haben als die realistischen Optimisten. Diesbezüglich ist spannend, ob diese These durch weitere Studien bekräftigt werden kann.

Ein weiterer sehr vielversprechender und effizienter Ansatz ist der Weg über den Schweregrad der Abhängigkeit. Vielversprechend deshalb, weil die Ergebnisse von Zingg et al. (2008) darauf aufmerksam gemacht haben, dass die Schweregradeinschätzung wichtig sein kann, um den prognostischen Wert von Zuversichtsangaben zu bewerten. Und effizient, weil fest davon auszugehen ist, dass in naher Zukunft über das ICD-11 standardisiert und hoch evaluiert ohnehin in nahezu jeder deutschen Klinik danach gefragt wird.

Auch wenn die Reanalyse keine Indizien lieferte, dass es Unterschiede bei der Craving-Wahrnehmung zwischen rückfälligen und abstinenten Optimisten gibt, wird es als lohnenswert erachtet, weitere Forschungsbemühungen diesbezüglich aufrecht zu erhalten. Es wird vermutet, dass die Fragen in dem Fragenkatalog von Frau Dr. Jenko (2008) zu schwach waren, um bei den unrealistischen Optimisten einen Suchtdruck auslösenden Reiz zu verursachen. Um dem entgegen zu wirken, empfand der Autor die von Herrn PD Dr. Demmel in einem Gespräch geäußerte folgende Frage vielversprechend:

„Angenommen sie bekämen heute in der Oberarztvisite gesagt, dass sie morgen entlassen werden. Wie hoch wäre in dieser Situation ihr Verlangen nach Alkohol?“

Sehr aufwändig aber interessant wären selbstverständlich naturalistischere Untersuchungen, in denen typische Trinksituationen nachgespielt werden und direkt im Anschluss die Craving-Wahrnehmung getestet wird.

Aufbauend auf den Ergebnissen von Zingg et al. (2008) wäre es hier auch interessant zu wissen, wie sich die Craving-Wahrnehmung während der Therapie verändert. Nach Zingg et al. (2008) müsste es so sein, dass bei unrealistischen Optimisten die Werte konstant hoch bleiben und sich bei mehreren Messzeitpunkten nicht verringern.

Auch die Ergebnisse von Schneider et al. (2002) gehen in eine ähnliche Richtung. Denn sie haben die Beobachtung gemacht, dass bei Therapiewiederholern mit anfänglich hohen Abstinenzzuversichtswerten ein signifikant geringerer Anstieg eher für einen späteren Behandlungserfolg spricht.

Aufbauend auf diesen Ergebnissen möchte der Autor in Erfahrung bringen, ob folgende Fragen in die computergestützte „RDoC“-inspirierte wöchentliche Basisdokumentation (Hoffmann, Weil, Hallmann, Nakovics, Kiefer, & Sommer, 2016) am ZI in Mannheim mit aufgenommen werden können:

*Tabelle 20 Aufnahme neuer Items in die wöchentliche Basisdokumentation*

| <b>Fragen</b>   | <b>Intervall</b> |
|---|------------------|
| Frage nach der Abstinenzzuversicht bezogen auf 3 Monate   | Wöchentlich      |
| Bereitschaft zum Verzicht                                 | Wöchentlich      |
| Craving-Frage (Angenommen Sie werden mögen entlassen...). | Wöchentlich      |
| Hilfebedarf nach der Therapie                             | Wöchentlich      |
| Feste Bindung   | Einmalig         |
| Schulabschluss  | Einmalig         |

Dies erscheint sowohl unter therapeutischen als auch unter wissenschaftlichen Aspekten besonders vielversprechend. Therapeutisch, weil die Behandler schnell, unterstützt durch Informationstechnologie, einen Überblick über Kernvariablen der Therapie bekommen (Abstinenzzuversicht, Bereitschaft zum Verzicht, Craving) und ihre Interventionen anpassen können. Wissenschaftlich, weil sich bereits gezeigt hat, dass über diesen Weg schnell große Fallzahlen zu erreichen sind und somit zum Beispiel überprüft werden kann, ob fehlende feste Bindung tatsächlich ein Indiz für einen unrealistischen Optimismus ist oder nicht .

Wenn sich bei einer größeren Fallzahl diese Ergebnisse erwartungsgemäß bestätigen, hätte man ein taugliches Instrument, um unrealistische Optimisten zu identifizieren. Dies ist insbesondere deshalb wichtig, da dadurch verhindert werden kann, dass Therapeuten eine überhöhte Abstinenzzuversicht noch weiter dysfunktional erhöhen und somit sogar ungewollt zu höheren Rückfallraten beitragen.

Der nächste Schritt ist das Ableiten therapeutischer Handlungsschritte. Es wird nämlich als sinnvoll erachtet, den gesammelten Thesenkatalog zu nutzen. Dieser wurde aus der Literaturrecherche und 82 ausgewerteten Therapeuteneinschätzungen generiert. So lässt sich in der Praxis überprüfen, welche Theorien sich gegebenenfalls auf den Einzelfall deduzieren lassen.

## Literaturverzeichnis

- Allen, J. P., & Wilson, V. B. (2003). *Assessing Alcohol Problems: A Guide for Clinicians and Researchers*. Bethesda: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
- Annis, H. M. (1986). A Relapse Prevention Model for Treatment of Alcoholics. In W. R. Miller, & N. Feather, *Treating Addiction Behaviours* (S. 407-433). New York: Plenum Press.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, S. 191-215.
- Bandura, A. (1997). *Self Efficacy: The exercise of control* (1 Ausg.). New York: Freeman.
- Bertelsmann Stiftung. (2017). Abgerufen am 25. November 2017 von [https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/Factsheet\\_IB\\_Chancenspiegel\\_Schule\\_2017.pdf](https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/Factsheet_IB_Chancenspiegel_Schule_2017.pdf)
- Boerner, R. J. (2015). *Temperament: Theorie, Forschung, Klinik*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Breslin, F. C., Sobell, L. C., Sobell, M. B., & Agrawal, S. (2000). A comparison of a brief and long version of the Situational Confidence Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 38, S. 1211-1220.
- Demmel, R. (2002). Inflationäre Selbstwirksamkeitserwartungen rückfälliger Patienten: Selbstüberschätzung oder Zweckoptimismus? *SUCHT*, 48(6), S. 454-456.
- Demmel, R., & Beck, B. (2004). Anticipated outcome of short-term treatment for alcohol dependence: self-efficacy ratings and beliefs about the success of others. *Addictive Disorders & Their Treatment, Volume 3, Number 2*, S. 77-82.
- Demmel, R., & Nicolai, J. (2009). Motivation to Quit Smoking and to Refrain From Drinking in a Sample of Alcohol-dependent Inpatients: Importance of Abstinence, Self-efficacy, and Treatment Outcome. *Addictive Disorders & Their Treatment*, 8(2), S. 99-110.
- Demmel, R., & Rist, F. (2005). Prediction of Treatment Outcome in a Clinical Sample of Problem Drinkers: Self-efficacy and Coping Style. *Addictive Disorders & Their Treatment, Volume 4, Number 1*, S. 5-10.



- Demmel, R., Nicolai, J., & Jenko, D. (2006). Self-efficacy and alcohol relapse: concurrent validity of confidence measures, self-other discrepancies, and prediction of treatment outcome. *Journal of Studies on Alcohol*, 67(4), S. 637-41.
- Deutsche Gesellschaft für Psychologie. (kein Datum). Abgerufen am 20. 10 2017 von [https://www.dgps.de/fachgruppen/diff\\_psy/pdf/instrumente/Abstinenzzuversicht.pdf](https://www.dgps.de/fachgruppen/diff_psy/pdf/instrumente/Abstinenzzuversicht.pdf)
- Deutsche Gesellschaft für Psychologie. (2010). Abgerufen am 20. 10 2017 von [https://www.dgps.de/fachgruppen/diff\\_psy/pdf/instrumente/Abstinenzzuversicht.pdf](https://www.dgps.de/fachgruppen/diff_psy/pdf/instrumente/Abstinenzzuversicht.pdf)
- Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (2001). Dokumentationsstandards III für die Evaluation der Behandlung von Abhängigen. *Sucht. Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis. Sonderheft 2*.
- DiClemente, C. C., Carbonari, J., & Montgomery, R. (1994). The Alcohol Abstinence Self-Efficacy Scale. *Journal of Studies on Alcohol*, 55, S. 141-148.
- Dilling, H. (Hrsg.). (2010). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F) ; klinisch-diagnostische Leitlinien*. Bern: Huber.
- Fachverband Sucht e.V. (2010). Abgerufen am 2017 von [http://www.sucht.de/tl\\_files/pdf/fvs\\_presse\\_daten\\_und\\_fakten.pdf](http://www.sucht.de/tl_files/pdf/fvs_presse_daten_und_fakten.pdf)
- Falkai, P. (Hrsg.). (2015). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen - DSM-5*. Göttingen, Bern, Wien [u.a.]: Hogrefe.
- Goldbeck, R., Myatt, P., & Aitchison, T. (1997). End-of-treatment self-efficacy: a predictor of abstinence. *Addiction*, 92(3), S. 313-24.
- Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Hogrefe Verlag.
- Grawe, K., Donati, R., & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel*. Göttingen : Hogrefe.
- Hoffmann, S., Weil, G., Hallmann, C., Nakovics, H., Kiefer, F., & Sommer, W. H. (2016). Dimensionale neurowissenschaftliche Klassifikation von suchtassoziierten Störungsbildern: Entwicklung und Implementierung einer computergestützten „RDoC“- inspirierten Basisdokumentation. *Sucht, Volume 62, Issue S 1*, S. 221.

- Ilgen, M., McKellar, J., & Tiet, Q. (2005). Abstinence Self-Efficacy and Abstinence 1 Year After Substance Use Disorder Treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(6), S. 1175-1180.
- Jenko, D. (2008). *Selbstwirksamkeitserwartung, Rückfallzuschreibung und Rückfallrisiko in einer klinischen Stichprobe alkoholabhängiger Probanden*. (Unveröffentlichte Dissertation). Universität Münster, Deutschland.
- Katholische Hochschule. (2014). (K. Hochschule, Herausgeber) Abgerufen am 27. 10 2017 von <https://www.katho-nrw.de/koeln/studium-lehre/fachbereich-sozialwesen/suchthilfesuchttherapie-msc/bewerbungsvoraussetzungen/>
- Körkel, J., & Schindler, C. (1996). Der "Kurzfragebogen zur Abstinenzsicherheit" (KAZ-35) - Ein Instrument zur Erfassung der abstinenzorientierten Kompetenzzuversicht Alkoholabhängiger. *Sucht*, 42, S. 156-166.
- Krampen, G. (1981). *IPC-Fragebogen zu Kontrollüberzeugungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Landis, J. R., & Koch, G. G. (1977). The Measurement of Observer Agreement for Categorical Data. *Biometrics*, 33(1), S. 159–174.
- Lange, C., Manz, K., & Kuntz, B. (2017). Alkoholkonsum bei Erwachsenen in Deutschland: Riskante Trinkmengen. *Journal of Health Monitoring*, 2(2), S. 66-73. DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-031.
- Lindenmeyer, J. (2011). Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit. In H.-U. Wittchen, & J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (2. Ausg., S. 743-765). Berlin: Springer.
- Loeber, S., Croissant, B., Heinz, A., Mann, K., & Flor, H. (2006). Cue exposure in the treatment of alcohol dependence: effects on drinking outcome, craving and self-efficacy. *The British journal of clinical psychology / the British Psychological Society*.
- Mann, K., Hoch, E., Arens, J., Beutel, M., Bilke-Hentsch, O., Bischof, G., et al. (2016). Behandlung von schädlichem und abhängigem Alkoholgebrauch. In K. Mann, E. Hoch, & A. Batra (Hrsg.), *S3-Leitlinie: Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen* (S. 27-189). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Mann, K., Loeber, S., Croissant, B., & Kiefer, F. (2006). *Qualifizierte Entzugsbehandlung von Alkoholabhängigen*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

- Marlatt, G. A., & Donovan, D. M. (2005). *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. New York: The Guilford Press.
- Marlatt, G. A., & George, W. H. (1984). Relapse Prevention: Introduction and Overview of the Model. *British Journal of Addiction*, 79(4), S. 261–273.
- Marlatt, G. A., & Witkiewitz, K. (2005). Relapse Prevention for Alcohol and Drug Problems. In G. A. Marlatt, & D. M. Donovan, *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors* (S. 1-44). New York: Guilford Press.
- Marlatt, G., & Gordon, J. (1985). *Relapse Prevention*. New York : Guilford.
- Mayring, P. (2002). *Einführung in die qualitative Sozialforschung* (5. Ausg.). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2004). *Motivierende Gesprächsführung*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Moos, R. H., & Moos, B. S. (2006). Rates and predictors of relapse after natural and treated remission from alcohol use disorders. *Addiction*, S. 212-222.
- Netter, P., & Hennig, J. (2005). Biologische Persönlichkeitstheorien. In H. Weber, & T. Rammsayer, *Handbuch der Persönlichkeitspsychologie und Differentiellen Psychologie* (Bd. 2, S. 71-80). Göttingen, Bern, Wien: Hogrefe.
- Oei, T. P., Hasking, P., & Phillips, L. (2007). A Comparison of General Self-Efficacy and Drinking Refusal Self-Efficacy in Predicting Drinking Behavior. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, S. 833-841.
- Pabst, A., Kraus, L., Matos, E. G., & Piontek, D. (2013). Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen in Deutschland im Jahr 2012. *Sucht*, 59(6), S. 321-331.
- Polivy, J., & Herman, C. P. (2002). If at first you don't succeed: False hopes of self-change. *American Psychologist*, Vol 57(9), S. 677-689.
- Rauthmann, J. F. (2017). *Persönlichkeitspsychologie: Paradigmen - Strömungen - Theorien*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Rogers, C. R. (2005). *Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie*. Frankfurt am Main: Fischer.

- Schneider, S., Brenner, R., Funke, W., & Garbe, D. (2002). Abstinenzzuversicht und ihre Bedeutung für Therapieplanung und Prognose bei alkoholabhängigen Therapiewiederholern. *Suchttherapie*, S. 29-34.
- Skinner, B. F. (1978). *Was ist Behaviorismus?* Reinbek b. Hamburg: Rowohlt.
- Soyka, M., & Küfner, H. (2008). *Alkoholismus - Missbrauch und Abhängigkeit: Entstehung - Folgen - Therapie* (6. Ausg.). Stuttgart: Thieme.
- Spinath, F. M. (2005). Verhaltensgenetik. In H. Weber, & T. Rammsayer (Hrsg.), *Handbuch der Persönlichkeitspsychologie und Differentiellen Psychologie* (S. 193-204). Göttingen, Bern, Wien : Hogrefe.
- Urban, D., & Mayerl, J. (2008). *Regressionsanalyse: Theorie, Technik und Anwendung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Vancouver, J. B., Thompson, C. M., & Williams, A. A. (2001). The Changing Signs in the Relationships Among Self-Efficacy, Personal Goals, and Performance. *Journal of Applied Psychology*, S. 605-620.
- Verhaeren, T. (2012). Is a strong sense of self-efficacy always beneficial? *Bulletin of the Transilvania University of Brasov*, 5(54), S. 193-200.
- Vielva, I., & Iraurgi, I. (2001). Cognitive and behavioural factors as predictors of abstinence following treatment for alcohol dependence. *Addiction*, 96(2), S. 297–303.
- Weiss, E., Singewald, E. M., Ruepp, B., & Marksteiner, J. (2014). Alkohol induzierte kognitive Dysfunktion. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, Volume 164, S. 9-14.
- Zingg, C., Schmidt, P., Küfner, H., Kolb, W., Zemlin, U., & Soyka, M. (2008). Der Zusammenhang zwischen Selbstwirksamkeit und Alkoholabstinenz bei ambulant und stationär behandelten Patienten: Ergebnisse einer 2-Jahres-Katamnese. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 59, S. 307-313.